

2018

REVISTA DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE LA PLATA

Sociedad Fundada en 1939

Discurso del Sr. Presidente entrante: Dr. Claudio López.

Tratamiento del cuello N0 en tumores T1-T2 de lengua. Incidencia de adenopatías positivas como hallazgo histopatológico.

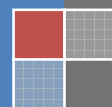
Nervio ilioinguinal en la hernioplastia inguinocrural abierta. ¿Preservación o escisión?

Manejo de la diverticulitis de Meckel. Nuestra experiencia de 10 años.

Bocio intratorácico con descenso posterior.

GIST de duodeno. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.

Año 2018
Vol 79 - Núm. 1
ISSN 1668 - 1991



REVISTA DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE LA PLATA

Sociedad Fundada en 1939

Año 2018 / Volumen 79 / Nº 1 / Junio

Publicación Oficial de la Sociedad de Cirugía de La Plata

Correspondencia y suscripción:

50 Nº 374, La Plata

+54 (221) 423 6650

E-mail: sclp.revista@gmail.com

www.sociedadcirugialp.org/revista

COMITÉ EDITORIAL

Director: Dr. Sebastián Berrhau

Comité Ejecutivo: Dr. Pablo Barros Schellotto

Dr. Daniel Velasco

Comité Internacional: Dr. Hernán Giordano (España)

Dr. Juan Manuel Sanguinetti (Uruguay)

Dra. Flavia Soto (Estados Unidos)

COMISIÓN DIRECTIVA

PERÍODO: Diciembre '17 – Diciembre '18

Presidente

Dr. Claudio López

Vice-presidente

Dra. Giselle Petruzzi

Secretario General

Dr. Sebastián Gatti

Secretario de Actas

Dra. Jimena Torres

Tesorero

Dr. Sergio Leiva

Director de Publicaciones

Dr. Sebastián Berrhau

Vocales titulares

Dr. Pablo Romero

Dr. Nicolás Echeverría

Dr. Sebastián Agudiak

Dr. Roberto Perna

Vocales suplentes

Dr. Sergio Schlain

Dr. Lucas Rivaletto

Dr. Enrique Orsini

Dr. Agustín Chichizola

Tribunal de Honor

Miembros Titulares

Dr. Hugo Pinedo

Dr. Guillermo Prat

Dr. Eduardo Cassini

Miembros Suplentes

Dr. Francisco Terrier

Dr. Ariel Cosoli

Junta Revisora de Cuentas

Miembros Titulares

Dr. Fabio Mele

Dr. Alberto Mondino

Miembros Suplentes

Dr. Juan Vaccaro

Dr. Pablo Barros Schellotto

EX - PRESIDENTES DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE LA PLATA

1940 – Dr. Manuel CIEZA RODRIGUEZ	1968 – Dr. Jaime TRATJTEMBERG	1996 – Dr. Edgardo C. FERRARI
1941 – Dr. Federico E. CHRISTMANN	1969 – Dr. Jorge NORRIE	1997 – Dr. Mario CANESTRI
1942 – Dr. Horacio SAGASTUME	1970 – Dr. Leonardo BARLETTA	1998 – Dr. Raúl P. ESBORRAT
1943 – Dr. Ángel ALSINA	1971 – Dr. A CABRAL AYARRAGARAY	1999 – Dr. Jorge BARTOLI
1944 – Dr. Inocencio CANESTRI	1972 – Dr. David GRINFELD	2000 – Dr. Alberto CARIELLO
1945 – Dr. Julio E. LYONNET	1973 – Dr. Félix M. AGUIRRE	2001 – Dr. Enrique ORTIZ
1946 – Dr. Santiago GOROSTIAGUE	1974 – Dr. Juan M. ELVERDIN	2002 – Dr. Clemente RAIMONDI
1947 - Dr. José María MAINETTI	1975 – Dr. Frutos E. ORTIZ	2003 – Dr. Julio HIJANO
1948 – Dr. Plácido SEARA	1976 – Dr. Rolando DALPRATO	2004 – Dr. Rafael PEREDA
1949 – Dr. Guillermo GARCÍA DÍAZ	1977 – Dr. Mario H. NIVEIRO	2005 – Dr. Jorge CHELI
1950 – Dr. Francisco ARENA	1978 – Dr. Ricardo A. BERRI	2006 – Dr. Ricardo DE SIMONE
1951 – Dr. Inocencio CANESTRI	1979 – Dr. Néstor E. MIRANDA	2007 – Dr. Federico WEISBURD
1952 – Dr. Carlos CINGANO	1980 – Dr. Néstor P. GOROSTIAGUE	2008 – Dr. Hugo PINEDO
1953 – Dr. Emilio GNECCO	1981 – Dr. Ángel F. PINEDA	2009 – Dr. Guillermo PRAT
1954 – Dr. Raúl MICHELINI	1982 – Dr. Ricardo COLLADO	2010 – Dr. Eduardo CASSINI
1955 – Dr. Fernando D'AMELIO	1983 – Dr. Raúl A. ORSINI	2011 – Dr. Francisco TERRIER
1956 – Dr. Arturo E. WILKS	1984 – Dr. Francisco A. SCHIFINI	2012 – Dr. Ariel COSOLI
1957 – Dr. Enrique MALLO	1985 – Dr. Carlos O. REPETTO	2013 – Dr. Fabio MELE
1958 – Dr. Osvaldo ZINGONI	1986 – Dr. Carlos A. RUANO	2014 – Dr. Alberto MONDINO
1959 – Dr. Amleto POLIZZA	1987 – Dr. Juan J. MOIRANO	2015 – Dr. Juan F. VACCARO
1960 – Dr. Kelvin HERRERO DUCLOUX	1988 – Dr. Rodolfo TACCHINI	2016 – Dr. Pablo BARROS SCHELOTTO
1961 – Dr. Jorge CASTELLANO	1989 – Dr. Mario PUENTE	2017 – Dr. Daniel VELASCO
1962 – Dr. Rubén PLA	1990 – Dr. Jorge DEFELITTO	
1963 – Dr. Osvaldo MAMMONI	1991 – Dr. Víctor M. PONISIO	
1964 – Dr. Rodolfo COSENTINO	1992 – Dr. Ángel B. ALBINA	
1965 – Dr. Jorge DESCHAMPS	1993 – Dr. Antonio MENDEZ ANELL	
1966 – Dr. Julio A. SCAFATTI	1994 – Dr. Lisandro GORDILLO	
1967 – Dr. Juan J. MOIRANO	1995 – Dr. Carlos E. CASTILLA	

Índice

Año 2018 - Vol 79 - Nº 1 (Junio)

	4	<i>Discurso del Sr. Presidente entrante: Dr. Claudio López.</i>
Artículos originales		
	6	Tratamiento del cuello N0 en tumores T1-T2 de cavidad oral (cáncer de lengua). Incidencia de adenopatías positivas como hallazgo histopatológico. Jaciansky M, Berenstein B, Garayalde E, Garcia X, Adan R.
	11	Nervio ilioinguinal en la hernioplastia inguinocrural abierta. ¿Preservación o escisión? Viscuso M, Caruso E, Clavijo P, Terán D, Felipe C, Recalde, M.
	17	Manejo de la diverticulitis de Meckel. Nuestra experiencia de 10 años. Schlain S, Gargano W, Santilli H, Perez Dominguez R, De Simone R.
Caso clínicos		
	19	Bocio intratorácico con descenso posterior. Cerchiari E, Rodríguez G, Bado J.
	22	GIST de duodeno. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. Chichizola A, Aispuro F, Mercuri L, Darrigran S, Marti G, Canullan C.
Actividades Científicas		
	27	<i>Curso Anual de Cirugía General 2018</i> <i>Jornadas de Cirugía Digestiva 2018</i> <i>Jornadas de Otoño de la AAC – La Plata 2019</i>
	28	<i>Reglamento Premio Sociedad de Cirugía de La Plata</i>
	29	Reglamento de publicaciones

Discurso del Presidente Entrante – Dr. Claudio López

Colegas, ex presidentes, señoras y señores, amigos.
Muy buenas noches.

Al asumir la Presidencia de esta prestigiosa Institución quiero expresar mi profundo agradecimiento a los cirujanos que me propusieron, y a los ex-presidentes que depositaron en mí su confianza.

Este honor, lo considero como uno de los más grandes halagos para mi vida profesional como cirujano platense. El pertenecer a esta institución de 78 años de trayectoria es una tremenda responsabilidad, no solo por la herencia recibida, sino también por el deseo de intentar incrementarla y enriquecerla.

Comencé mi actividad quirúrgica en el Servicio de Cirugía del Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet, donde realice mi residencia de Cirugía y posteriormente ingrese en la Carrera Médico Hospitalaria. Perteneczo, como docente, a la Cátedra de Cirugía “A” de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata; cuyo Profesor Titular es el Dr. Edgardo Ferrari, quien me permitió desarrollarme tanto en la Carrera Docente como en la asistencial.

Durante el transcurso de todos estos años muchas fueron las personas que participaron en mi formación; sin embargo deseo expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Ricardo De Simone, quien inició mi aprendizaje quirúrgico en la residencia como Instructor, y que forjó en mí con su conducta firme, honradez y lealtad profesional, conocimiento científico y proceder correcto. Darle el temple necesario para que me desempeñe en el ejercicio de la profesión, y de quien actualmente, a través del diario quehacer en el Servicio, continúo recibiendo sabias enseñanzas.

También a los Doctores Walter Gargano, Hugo Almandos y Nicolás Guerrini que me permitieron participar de sus operaciones tanto en la urgencia de la guardia como en el ámbito privado.

A mis colegas y amigos del ámbito asistencial con los que comparto trabajo, devoción y consejos; vaya para ellos mi gratitud.

Desde el comienzo esta institución ha buscado “fomentar el estudio y el progreso de la cirugía”. Hemos propuesto por ello una serie de objetivos prioritarios, a saber:

1. La defensa del ejercicio Profesional de la Especialidad.
2. Fomentar la Investigación Científica.
3. Establecer relaciones con Instituciones vinculadas a la Cirugía.
4. Ofrecer esta sede a todas las Residencias Quirúrgicas de la Ciudad.

De acuerdo a lo enunciado, la Comisión Directiva ha proyectado el siguiente programa:

Actividad científica

Se dará preferencial atención a las Reuniones Científicas

Mensuales. Las mismas se constituirán en Módulos que aborden temas de Trauma, Paredes Abdominales, Esófago y Estomago, Hígado Vías Biliares y Páncreas, Intervencionismo, Cabeza y Cuello como así también Colon y Recto. Los citados módulos constituirán el “Curso Anual de Cirugía General”. Continuaremos con la modalidad de actividad no arancelaria para los socios y asistencia en calidad de oyentes a los alumnos de la Facultad de Medicina.

Realizaremos los Ateneos Inter-residencias de presentación de casos clínicos. Los mismos se realizarán posteriores a la reunión científica mensual y contarán con la presencia de un plantel de profesionales que orienten al razonamiento crítico del caso presentado.

La coordinación de estas actividades estará a cargo de la Comisión de Residencias que se constituirá a partir de este año. Así esperamos que los jóvenes cirujanos de nuestra ciudad encuentren en esta sede un lugar de trabajo y expresión.

Con gran orgullo reiniciaremos este año la Publicación de la Revista, en formato on line, a través de nuestra página web. La misma tendrá una periodicidad de dos fascículos por año, estando disponible el primer número durante el mes de Abril. Es un anhelo hecho realidad gracias al esfuerzo y dedicación del Dr. Sebastian Berrhau.

El desarrollo de la página web nos permitirá contar con un padrón de socios actualizado, información de actividades científicas y académicas, el acceso a otras páginas de interés y a la revista, como mencioné anteriormente. Actualmente puede consultarse el estado inicial ingresando a www.sociedadcirugiapl.org

Otra línea de acción de esta Comisión, será la de estimular la realización de Trabajos de Investigación. El premio al mejor Trabajo Científico presentado, será publicado en nuestra revista. La Comisión Directiva ha fijado como fecha límite para la presentación de los trabajos, el 31 de Agosto del 2018. El reglamento será publicado en la página y en la revista, no sufriendo modificaciones significativas al ya conocido.

Entre los días 13 y 14 de Septiembre se desarrollarán las III Jornadas de Actualización en Cirugía General y Digestiva en el Hospital Integrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Dicho evento contará con la participación de distinguidos expertos.

Es de nuestro agrado anunciar que la Asociación Argentina de Cirugía ha designado a la Sociedad de Cirugía de La Plata como sede responsable para la organización y realización de las Jornadas de Otoño del 2019. Esto implica un gran desafío para este capítulo, por lo cual esperamos contar con el apoyo y la participación de nuestros socios.

Hemos visto como el aprendizaje y entrenamiento mediante prácticas de simulación ha ido ganando espacio en los ámbitos formativos. Es por esto que la Sociedad se alinearán con el Laboratorio de Cirugía Mini-invasiva y el Hospital Integrado de la facultad de Medicina de la UNLP para concretar la capacitación de nuestros socios a través del programa de Simulación Quirúrgica. Para ello se firmará próximamente un convenio de reciprocidad.

Por otra parte, esta sociedad continua siendo sede de evaluación de la Asociación Argentina de Cirugía para los aspirantes a MAAC. Este año se otorgarán dos becas para el Curso Anual de Cirugía General 2018 a quienes se encuentren en condiciones de postularse a Miembro titular.

Finalmente, en el mes de Octubre, se proyecta realizar la reunión conjunta con la Sociedad Argentina de Coloproctología.

Defensa del ejercicio profesional

Será un objetivo permanente de esta Comisión Directiva lograr la dignificación del honorario medico y la implementación del nuevo Nomenclador Quirúrgico.

Las reuniones con la Agremiación Medica Platense, la Federación de Cirujanos de la Provincia de Buenos Aires y la Asociación Argentina de Cirugía nos permitirá articular nuestras fuerzas para poder lograr este objetivo. Esta gestión se encuentra encabezada por los Dres. Pablo Romero, Carlos Canullan y Andres Parisi quienes conforman nuestra Comisión de Honorarios y Asuntos Laborales.

Me acompañan en esta gestión un grupo de colegas con quien tengo la fortuna de compartir la responsabilidad que me fue

encomendada. Ellos son: Vicepresidente Dra. Giselle Petruzzi, Secretario General Dr. Sebastian Gatti, Secretario de Actas Dra. Jimena Torres, Tesorero Dr. Sergio Leiva, Director de Publicaciones: Dr. Sebastian Berrhau y los vocales: Dr. Pablo Romero, Nicolas Echeverria, Sebastián Agudiak, Milton Perna, Sergio Schlain, Lucas Rivaletto, Enrique Orsini y Agustín Chichizola.

No podría concluir este acto, sin expresar mi agradecimiento infinito a mi familia. A Cecilia, mi esposa, quien me brinda permanentemente su amor y colaboración. A mis hijas, Agustina, Belén, Pilar y Milagros quienes, con su sola presencia, renuevan mis fuerzas y me estimulan a seguir adelante.

Me toca a mí, en este momento, entregar el diploma de Ex Presidente al Doctor Daniel Velazco, con quien integré la Comisión Directiva anterior.

Dicho todo esto, y cumpliendo con la tradición y lo que marca el Estatuto, declaro en esta sesión pública y solemne, inaugurada la actividad científica anual de la Sociedad de Cirugía de La Plata.

Muchas Gracias.

Tratamiento del cuello N0 en tumores T1-T2 de lengua. Incidencia de adenopatías positivas como hallazgo histopatológico

Treatment of N0 neck in T1-T2 oral tongue tumors. Incidence of positive adenopathies as a histopathologic finding.

Mauricio J. Jaciansky^{*}, Bárbara M. Berenstein^{***}, Emiliano Garayalde^{*}, Ximena García^{**}, Roque S. Adan^{***}.

^{*}Unidad Funcional de Cabeza y Cuello, Instituto Ángel H. Roffo. CABA, Argentina.

^{**}Instituto Privado de Oncología Alexander Fleming, CABA, Argentina.

Los autores declaran no tener conflicto de interés

E-mail: mjacinasky@hotmail.com

RESUMEN

Introducción

La cavidad oral está continuamente expuesta a carcinógenos inhalados y consumidos, y por lo tanto es el sitio más común de origen de neoplasias epiteliales malignas en la región de cabeza y cuello. Más del 90% de los tumores malignos en la cavidad oral son carcinomas escamosos. La incidencia de metástasis cervicales ocultas en pacientes con cáncer de cavidad oral varía entre un 6-85%. La disección electiva del cuello se recomienda a los pacientes con cuello negativo cuando la probabilidad de metástasis ocultas se estima en más del 20%.

Objetivo

Reportar la incidencia de metástasis ocultas en pacientes con cáncer de lengua oral en estadios tempranos T1-T2.

Material y Método

Estudio descriptivo, retrospectivo, en dos centros, mismo equipo quirúrgico. Variables analizadas: edad, subsitio en la cavidad oral, tamaño de la lesión, cuello N0, diagnóstico histopatológico y tratamiento realizado, en un periodo de 16 años.

Resultados

25 pacientes con tumores T1-T2 de lengua se sometieron a cirugía del tumor primario más disección electiva del cuello. El estudio anatomopatológico demostró metástasis ganglionares ocultas en un 32% de los casos, guardando relación con el espesor del tumor primario, siendo para 2mm, 3mm y 4 mm de 16.7%, 33% y 50% respectivamente.

Conclusiones

La incidencia de metástasis ocultas en tumores T1-T2 aumenta con la invasión tumoral en profundidad. Dada la falta de fiabilidad en la determinación clínica de la misma y la baja morbilidad de un vaciamiento electivo, nuestra serie confirma la recomendación de este procedimiento en tumores de la lengua oral en estadios tempranos.

■ **Palabras clave:** cáncer de lengua – espesor tumoral – metástasis ganglionar – vaciamiento ganglionar electivo

ABSTRACT

Introduction

The oral cavity is permanently exposed to carcinogens, both inhaled as consumed ones. This situation explains why this is the most common site of malignant epidermoid carcinomas within the head and neck region. More than 90% of this tumors corresponds to epidermoid carcinomas. The incidence of occult nodal metastasis varies between 6% to 85%. Elective neck dissection is recommended for those patients which presents a probability equal or higher to 20% for having occult neck node metastasis

Objective

To report the incidence of occult nodal metastasis in patients with T1-T2 oral tongue cancer.

Material and method

Retrospective-descriptive study performed at two medical centers by the same surgical team. The aspects evaluated from medical records for a 16-year period of time were: age, oral subsite, size of the lesion, clinical neck stage (N0), histopathologic diagnosis and treatment.

Results

25 patients with T1-T2 tumors were treated by surgical resection of the primary tumor plus elective neck dissection. The histopathologic study informed the presence of occult nodal metastasis in 32% of the cases, being this related to the depth of the primary tumor. For tumor thickness of 2mm, 3mm and 4 mm the incidence of micrometastasis was 16.7%, 33% and 50% correspondingly.

Conclusions

The incidence of occult nodal metastasis in T1-T2 tumors rises in relation to tumor thickness. Due to the lack of liability in its clinical determination and the low morbidity of elective neck dissection our series confirm the recommendation of performing this procedure even in early stage oral tongue tumors.

■ **Key words:** oral tongue cancer – tumor thickness – lymph node metastasis – elective neck dissection

Introducción

La cavidad oral (CO) está frecuentemente expuesta a carcinógenos inhalados y/o consumidos y en algunos casos a microtraumatismos constantes en aquellos pacientes con problemas dentarios. Más del 90% de los tumores malignos en la CO son carcinomas escamosos. La incidencia de metástasis cervicales ocultas en estos pacientes varía entre un 6% - 85%. El tratamiento de los estadios tempranos de carcinoma escamoso de cavidad oral con ganglios cervicales clínicamente negativos continúa siendo un tema controversial. Existe evidencia en la mejora de las tasas de supervivencia global (80% vs 67,5%) y supervivencia libre de enfermedad (69,5% vs 45,9%) en aquellos pacientes en los cuales al momento del tratamiento quirúrgico del tumor primario se realiza vaciamiento electivo¹. Sin embargo, otros autores consideran que la evidencia de tal abordaje terapéutico no es definitiva y optan por operar el tumor y controlar periódicamente el cuello (watch & wait approach)^{2,3}. La disección del cuello podría generar un aumento de la morbilidad, no justificada en aquellos casos con ganglios anatomopatológicamente negativos. Los métodos de imágenes disponibles han mostrado algunas mejoras en la detección de metástasis en el cuello, pero la sensibilidad de estos varía entre el 70% y 80%⁴. Múltiples estudios han intentado identificar factores de riesgo predictivos de metástasis oculta, mencionándose especialmente la profundidad de

infiltración como principal factor predictor de metástasis oculta⁵.

Material y método

Estudio de cohorte retrospectivo, descriptivo, efectuado en dos centros monovalentes de oncología. Fueron revisadas las historias clínicas de 149 pacientes en el periodo comprendido entre el año 2000-2016, con diagnóstico de carcinoma de lengua oral. Los criterios de inclusión fueron: carcinoma epidermoide de lengua temprano (T1-T2) con cuello N0. Los pacientes con tratamiento previo fueron excluidos. Se incluyó un total de 25 casos. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tamaño de la lesión según estadificación de la AJCC, 7ª edición y espesor tumoral (Tabla 1 y 2). El 96% recibió vaciamiento ganglionar supraomohiideo como tratamiento electivo del cuello y un paciente (4%) vaciamiento radical modificado ipsilateral más vaciamiento supraomohiideo contralateral por presentar lesión que sobrepasaba la línea media. La cirugía del primario consistió en glosectomía parcial en el 80 % y hemiglosectomía en el 20 % restante. Se realizó control intraoperatorio histopatológico por congelación de los márgenes de resección. La media de ganglios disecados fue de 17,33 (7-35).

Tabla 1. Distribución demográfica

Sexo	N (%)
Masculino	17 (68%)
Femenino	8 (32%)
Edad	57.2 (24-87)
Tabaco	
si	7 (28%)
no	16 (64%)
n/d	2 (8%)
Alcohol	
Si	2 (8%)
No	21 (84%)
n/d	2 (8%)

*n/d: datos no disponibles

Tabla 2: Distribución por tamaño tumoral

T	N (%)
T1	9 (36%)
T2	16 (64%)

Tabla 3: Cirugía del primario

Cirugía	N (%)
Glosectomía parcial	20 (80%)
Hemiglosectomía	5 (20%)

Tabla 4: Tratamiento del cuello

Tratamiento cervical ipsilateral	N (%)
Vaciamiento supraomohiideo	24 (96%)*
Vaciamiento radical	1 (4%)

*dos pacientes recibieron vaciamiento supraomohiideo contralateral.

Resultados

De los 25 pacientes incluidos en este estudio, el 36% fueron T1, mientras que el 64% fue estadificado como T2. El 32% de los casos tenía metástasis ocultas. Dependiendo del espesor del tumoral, la incidencia de metástasis ocultas fue de 16,7% para 2mm, 33% para 3mm y 50% para 4mm. El índice de

metástasis según el tamaño tumoral fue directamente proporcional al tamaño del tumor (T1=12,5% y T2=46,7%). Dos pacientes tuvieron ruptura capsular (8%), por lo cual recibieron tratamiento adyuvante con quimiorradioterapia.

Tabla 5: Índice de metástasis según la profundidad de invasión.

2mm	16,7%
3mm	33%
4mm	50 %

Tabla 6: Metástasis ocultas- N° de adenopatías.

Ganglios disecados	17,33 (7-35)
Índice de metástasis ocultas	32%

Tabla 7: Índice de metástasis oculta por tamaño tumoral

T1	1 (12,5%)
T2	7 (46,7%)

Discusión

Los resultados de este trabajo, en concordancia con otros autores, muestran que la incidencia de metástasis ocultas en estadios tempranos de la cavidad oral aumenta con la invasión en profundidad³. Sin embargo, el uso de la profundidad de la invasión como criterio para la disección del cuello tiene una aplicabilidad limitada, ya que actualmente, no existe un método validado para estimar esta medición antes o en el momento de la cirugía primaria, precisión bien establecida en el análisis histopatológico diferido⁵. Las adenopatías cervicales siguen siendo el sitio más importante de recaída en estos pacientes, muchas de las cuales son irreseables al momento del diagnóstico^{6,7}. A pesar de esto, algunos trabajos avalan el tratamiento terapéutico del cuello ante la aparición de metástasis luego de observarlos (watch & wait approach)⁸. Otros preconizan el uso de la técnica del ganglio centinela^{9,10}. Nuestra serie confirma la recomendación del vaciamiento cervical electivo, dada la baja morbilidad de este procedimiento y la falta de fiabilidad en la determinación clínica de la presencia de ganglios histopatológicamente positivos (metástasis ocultas del 32%). Cabe destacar que este trabajo solo se abocó a un subsitio específico como es la lengua, siendo este el lugar anatómico más frecuente dentro de la cavidad oral de asiento del carcinoma escamoso. La principal limitación de este trabajo es que se trata de una serie retrospectiva. Estos resultados se corresponden con la mayoría de las series publicadas^{1,3,11}.

Conclusión

La incidencia de metástasis ocultas en carcinomas epidermoides de la lengua T1-T2 aumenta según la invasión tumoral en profundidad de los mismos. Dada la falta de fiabilidad en la determinación clínica de la misma y la baja morbilidad de un vaciamiento electivo, nuestra serie confirma la recomendación de realiar este procedimiento aún en tumores de la lengua oral diagnosticados en estadios tempranos

Bibliografía

1. D´Cruz A. K., Dandekar M. R., «Elective versus therapeutic neck dissection in the clinically node negative neck in early oral cavity cancer: Do we have the answer yet?», *Oral Oncology*, vol. 47, pp. 780-782, 2011.
2. Kramer D., Durham J.S., Jackson S., «Management of the neck in NO squamous cell carcinoma of the oral cavity», *J Otolaryngol*, vol. 30, pp. 283-288, 2001.
3. D´Cruz A.K., Siddachari R.C., Walvekar R.R., «Elective neck dissection for the management for the NO neck in early cancer of the oral tongue: need for randomized controled trial», *Head Neck*, vol. 31, pp. 618-624, 2009.
4. Ayotunde J., Andreas M. Sestergenn, «A meta-analysis of the randomized controlled trials on elective neck dissection versus therapeutic neck dissection in oral cavity cancers with clinically node-negative neck», *Oral Oncology*, pp. 320-324, 2011.
5. Tarsitano A., Macbetti C., «Tumor infiltration depth as predictor of nodal metastasis in early tongue squamous cell carcinoma», *J Oral Maxillofac Surg*, pp. 1-5, 2015.
6. K. L.P., «Results of salvage treatment of the neck in patients with oral cancer», *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, pp. 58-62, 2002.

6. Leemans C.R., Tiwari R., van der Waal I., et al., «The efficacy of comprehensive neck dissection with or without postoperative radiotherapy in nodal metastasis of squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tract,» *Laryngoscope*, vol. 100, pp. 1194-1198, 1990.
7. Fasunla A. J., Greene B. H., Werner J. A., «A meta-analysis of the randomized controlled trials on elective neck dissection vs therapeutic neck dissection in oral cavity cancers with clinically node negative neck,» *Oral Oncology*, vol. 47, pp. 320-324, 2011.
8. Pfister D.G., Spencer S., Brizel D.M., et al., «Clinical practice guidelines in oncology,» *J Natl Compr Canc Netw*, vol. 12, n° 10, pp. 1454-1587, 2014.
9. Thompson C.F., St Jhon M.A., Lawson G., «Diagnostic value of sentinel lymph node biopsy in head and neck cancer: A meta-analysis,» *Eur Arch Otorhinolaryngol*, vol. 270, n° 7, pp. 2115-2122, 2013.
10. Huang S. F., Chang J. T., Liao C. T., et al., «The role of elective neck dissection in early stage buccal cancer,» *Laryngoscope*, vol. 125, pp. 128-133, 2015.
11. Huang S. F., Chang J. T., Liao C. T., et al., «The role of elective neck dissection in early stage buccal cancer,» *Laryngoscope*, vol. 125, pp. 128-133, 2015.

Nervio Ilioinguinal en la Hernioplastía Inguinocrural Abierta ¿Preservación o Escisión?

Ilioinguinal Nerve in Open Inguinocrural Hernioplasty. Preservation or Excision?

Viscuso, Matías Nicolás¹; Caruso, Emiliano¹; Clavijo, Pablo¹; Terán, Darío¹; Felipe, Cecilia²; Recalde, Martín³.

(1) Médico Residente de Clínica Quirúrgica,
(2) Jefe de Residentes de Clínica
Quirúrgica, (3) Instructor de Residentes de
Clínica Quirúrgica.

Residencia de Clínica Quirúrgica H.I.G.A.
General San Martín, La Plata, Buenos Aires.

Los autores declaran no tener conflicto de
interés

E-mail: matias_viscuso@hotmail.com

RESUMEN

Introducción

En la hernioplastía inguinocrural abierta, el dolor inguinal postoperatorio es una complicación relativamente frecuente. Estudios previos sugieren que el dolor puede estar causado por trauma inadvertido del nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor] durante la disección o la plástica protésica. Estudios recientes, demuestran que la escisión de un segmento del nervio ilioinguinal se asocia con una disminución del dolor postoperatorio (neurectomía profiláctica). El objetivo de este trabajo es determinar si la escisión del nervio ilioinguinal disminuye la probabilidad de padecer dolor postoperatorio en la hernioplastía inguinocrural abierta sin tensión con malla de polipropileno.

Material y métodos

Se analizaron 42 casos de hernioplastía con técnica de Lichtenstein efectuadas en pacientes de 15-71 años de edad, todos de sexo masculino a excepción de un caso, operados en el H.I.G.A. General San Martín por el médico residente de clínica quirúrgica asistido por el médico especialista en clínica quirúrgica, entre los años 2015 y 2016. Se realizaron 20 hernioplastías del lado derecho y 22 del lado izquierdo. El nervio ilioinguinal se preservó en 22 casos y se seccionó en 20 casos

Resultados

En las hernioplastías en las que se preservó el nervio ilioinguinal, ninguna presentó hipoestesia, 12 presentaron dolor agudo postoperatorio (10 leve, 2 moderado), 1 dolor subagudo (leve), 1 dolor crónico (leve). En las hernioplastías en las que se seccionó el nervio ilioinguinal, 6 presentaron hipoestesia transitoria (ningún caso de hipoestesia a los tres meses), 3 presentaron dolor agudo (2 leve, 1 moderado), 1 dolor subagudo (leve), ninguno dolor crónico.

Discusión y conclusiones

El reconocimiento de los nervios inguinales resulta indispensable para reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias como el dolor y la hipoestesia. La preservación o la escisión del nervio ilioinguinal, al igual que otros nervios de la región, resulta un tema controvertido con resultados disímiles entre los distintos trabajos de investigación. Existen diferencias a corto plazo en la hernioplastía con escisión del nervio ilioinguinal, con menor dolor agudo y mayor hipoestesia al comparar con la hernioplastía con preservación, reduciendo el tiempo de internación y de reincorporación al trabajo. A largo plazo, no se encontraron diferencias al considerar el dolor subagudo-crónico y la hipoestesia.

■ **Palabras clave:** Nervio ilioinguinal. Hernioplastía inguinal. Dolor inguinal postoperatorio.

ABSTRACT

Introduction

In open inguinocrural hernioplasty, postoperative inguinal pain is a relatively frequent complication. Previous studies suggest that pain may be caused by inadvertent trauma to the ilioinguinal nerve [minor abdominogenital nerve] during dissection or prosthetic plastic. Recent studies show that section of an ilioinguinal nerve segment is associated with decreased postoperative pain (prophylactic neurectomy). The aim of this study is to determine if ilioinguinal nerve excision decreases the likelihood of postoperative pain in open inguinal hernioplasty without tension with polypropylene mesh.

Material and method

We analyzed 42 cases of Lichtenstein hernioplasty performed in patients aged 15-71 years, all male except one case, operated in the H.I.G.A. General San Martin by the resident of surgery assisted by a surgical specialist between the years 2015 and 2016. Twenty hernioplasty on the right side and 22 on the left side were performed. The ilioinguinal nerve was preserved in 22 cases and sectioned in 20 cases

Results

In the cases where the ilioinguinal nerve was preserved, none presented hypoesthesia, 12 had acute postoperative pain (10 mild, 2 moderate), 1 subacute (mild) pain, 1 chronic (mild) pain. In the cases where the ilioinguinal nerve was sectioned, 6 had transient hypoesthesia (no cases of hypoesthesia at 3 months), 3 had acute pain (2 mild, 1 moderate), 1 subacute (mild) pain, none had chronic pain.

Conclusions

Recognition of the inguinal nerves is essential to reduce the risk of postoperative complications such as pain and hypoesthesia. The preservation or excision of the ilioinguinal nerve, like other nerves of the region, is a controversial subject with dissimilar results between the different research studies. There are short-term differences in hernioplasty with section of the ilioinguinal nerve, with less acute pain and greater hypoesthesia when compared to preserved hernioplasty, reducing the time of hospitalization and reincorporation to work. In the long term, no differences were found when considering subacute-chronic pain and hypoesthesia.

- **Key words:** Ilioinguinal nerve. Inguinal Hernioplasty. Postoperative inguinal pain.

IntroducciónMarco teórico.

La hernia inguinocrural constituye una de las patologías quirúrgicas más frecuentes. La hernioplastia inguinocrural abierta presenta gran variedad de complicaciones postoperatorias: seroma, hematoma, infección, atrofia testicular, recidiva herniaria, hipoestesia, dolor inguinal (inguinodinia), entre otras. El dolor se encuentra entre las más importantes: genera disminución de la calidad de vida, aumento del tiempo de internación, impedimento de la actividad física (cotidiana y de esfuerzo) y demora en la reincorporación al trabajo. En la hernioplastia inguinocrural abierta, el dolor inguinal postoperatorio es una complicación relativamente frecuente. La incidencia de dolor luego de la técnica de Lichtenstein es del 6 al 29% (1, 2). Estudios previos sugieren que el dolor puede estar causado por trauma inadvertido del nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor] durante la disección o la plástica protésica (3). La lesión del nervio iliohipogástrico [nervio abdominogenital mayor] o del nervio genitocrural también pueden ser causa de inguinodinia (4), por lo que su reconocimiento durante el acto operatorio resulta indispensable. Estudios recientes, demuestran que la escisión de un segmento del nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor] se asocia con una disminución del dolor postoperatorio (neurectomía profiláctica) (5-10).

Problema.

Dolor inguinal postoperatorio en la hernioplastia inguinocrural abierta sin tensión con malla de polipropileno.

Pregunta de investigación.

¿Existe menor probabilidad de padecer dolor inguinal postoperatorio mediante la escisión del nervio ilioinguinal en la hernioplastia inguinocrural abierta sin tensión con malla de polipropileno?

Hipótesis.

La escisión del nervio ilioinguinal disminuye la probabilidad de padecer dolor postoperatorio en la hernioplastia inguinocrural abierta sin tensión con malla de polipropileno.

Objetivo.

Determinar si la escisión del nervio ilioinguinal disminuye la probabilidad de padecer dolor postoperatorio en la hernioplastia inguinocrural abierta sin tensión con malla de polipropileno.

Material y métodoDiseño de investigación.

Se decidió realizar un estudio observacional, prospectivo, transversal. Se evaluó el tipo de hernia según la clasificación de Nyhus (ver Tabla 1), la presencia de complicaciones en los primeros siete días del postoperatorio, a los tres meses, a los seis meses y al año. Se evaluó el dolor inguinal postoperatorio y la hipoestesia en los pacientes con preservación del nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor] y en los pacientes con escisión del mismo. La preservación o sección dependió de la decisión del médico especialista en clínica quirúrgica durante el acto operatorio. Se consideró el tiempo de internación. Se evaluó el tipo de empleo y la demora en la reincorporación al mismo.

Tipo de hernia (clasificación de Nyhus).	
Tipo I	Hernia inguinal indirecta. OIP conservado, PP conservada.
Tipo II	Hernia inguinal indirecta. OIP dilatado, PP conservada.
Tipo III A	Hernia inguinal directa.
Tipo III B	Hernia inguinal indirecta. OIP dilatado, PP debilitada.
Tipo III C	Hernia femoral (hernia crural).
Tipo IV	Hernia recidivada.

Tabla 1. Tipo de hernia (clasificación de Nyhus). OIP- Orificio inguinal profundo, PP- pared inguinal posterior.

Definición de variable.

Se considera dolor inguinal postoperatorio a la experiencia sensorial y emocional, desagradable, que experimenta el paciente en la región inguinal luego de la hernioplastia. Se empleó una escala ordinal: dolor ausente, leve (ocasional, que no limita la actividad), moderado (frecuente, que limita la actividad física de esfuerzo) o severo (constante, que limita la actividad física cotidiana). También, se consideró el dolor inguinal postoperatorio según el tiempo de evolución: agudo (primeros 30 días), subagudo (30 días a 3 meses), crónico (más de 3 meses).

Muestra.

Se analizaron 42 casos de hernioplastia abierta sin tensión con malla de polipropileno (técnica de Lichtenstein) efectuadas en pacientes de 15-71 años de edad, todos de sexo masculino a excepción de un caso, operados en el H.I.G.A. General San Martín por el médico residente de clínica quirúrgica asistido por el médico especialista en clínica quirúrgica, entre los años 2015 y 2016. Se realizaron 20 hernioplastias del lado derecho y 22 del lado izquierdo. Una única hernia del lado izquierdo con deslizamiento (colon sigmoideas).

Se excluyeron las hernioplastias realizadas en hernias complicadas (7 casos). Se excluyeron las hernioplastias en las que no se identificó el nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor] (3 casos). Se excluyeron las hernioplastias realizadas en pacientes que no asistieron al consultorio o no respondieron a la evaluación telefónica (14 casos).

El nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor] se preservó en 22 casos y se seccionó en 20 casos (ver Figura 1).

Selección bibliográfica.

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de PubMed, Cochrane, SciELO, Revista Argentina de Cirugía, Revista Argentina de Anatomía, Revista Tercera Época. Se introdujeron los siguientes términos Mesh y de búsqueda libre: hernia inguinal, herniorrafia, hernioplastia, nervio ilioinguinal. Se priorizaron los ensayos clínicos randomizados.

Recolección de datos.

Se realizó una observación estructurada a través de la Base de Historias Clínicas Informatizadas

(Microsoft Word®), la Base de Datos Estadísticos (Microsoft Acces®) de la Residencia de Clínica Quirúrgica del H.I.G.A. General San Martín y de Planillas de Evaluación. La evaluación en la primera semana se realizó durante la internación y en consultorio. La evaluación a los tres meses, seis meses y al año se realizó telefónicamente, citando al paciente al sospechar una complicación.

Procesamiento de datos.

Los datos fueron procesados en una hoja de cálculo digital (Microsoft Excel®).

Procedimiento quirúrgico estandarizado.

La técnica de hernioplastia abierta, en el H.I.G.A. General San Martín, combina un primer tiempo en el que se trata el saco herniario, evolución de las escuelas quirúrgicas de Mainetti y Christmann, y un segundo tiempo en el que se trata la pared inguinal, que sigue los preceptos de Lichtenstein de una plástica sin tensión a través del empleo de una malla. El sustento científico de las distintas etapas de la técnica es variable, la mayoría se encuentran ampliamente demostradas y otras, en cambio, provienen de la opinión de expertos. De todos modos, la técnica se encuentra estandarizada entre los distintos médicos especialistas que pertenecen a la misma escuela (Mainetti-Christmann). La excepción es la escisión del nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor] que algunos cirujanos realizan sistemáticamente y otros no.

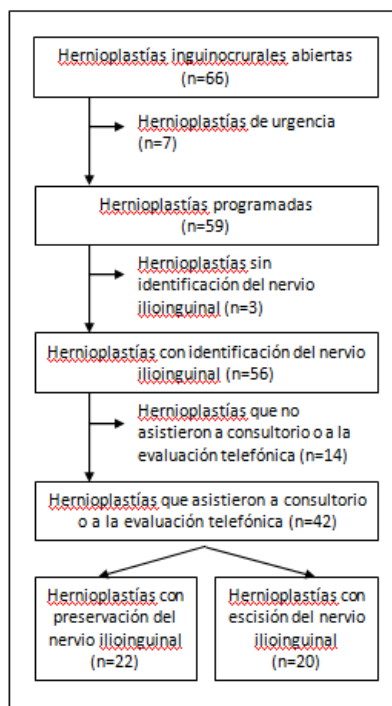


Fig. 1. Muestra.

Resultados

Del total de hernioplastias abiertas realizadas, 7 correspondieron al tipo I de Nyhus (16.6%), 12 al tipo II (28.6%), 15 al tipo III A (35.7%), 6 al tipo III B (14.3%), 1 al tipo III C (2.4%) y 1 al tipo IV (2.4%) (ver Tabla 2).

Tipo	Número de casos (n)	Porcentaje (%)
I	7	16.6
II	12	28.6
III A	15	35.7
III B	6	14.3
III C	1	2.4
IV	1	2.4

Tabla 2. Tipo de hernia (clasificación de Nyhus), número de casos (n) y porcentaje (%).

Con respecto al tipo de empleo, 12 correspondieron a albañil (28.6%), 10 a empleado de comercio, 5 a empleado fabril, 5 a empleado administrativo, 4 a horticultor-floricultor, 4 a jubilado, 2 a estudiante (ver Tabla 3).

Trabajo	n	(%)
Albañil	12	28.6
Empleado de comercio	10	23.8
Empleado fabril	5	11.9
Empleado administrativo	5	11.9
Horticultor-floricultor	4	9.5
Jubilado	4	9.5
Estudiante	2	4.8

Tabla 3. Tipo de empleo, número de casos (n) y porcentaje (%).

Con respecto a las complicaciones, se registraron 2 seromas (4.8%), 2 hematomas (4.8%), ninguna infección, ninguna atrofia testicular, ninguna recidiva herniaria, 6 casos de hipoestesia (14.3%), 15 casos de dolor agudo postoperatorio (35.7%), 2 de dolor subagudo (4.8%) y 1 de dolor crónico (2.4%) (ver Tabla 4).

Complicación	n	(%)
Seroma	2	4.8
Hematoma	2	4.8
Infección	0	0
Atrofia testicular	0	0
Recidiva	0	0
Hipoestesia	6	14.3
Dolor agudo	15	35.7
Dolor subagudo	2	4.8
Dolor crónico	1	2.4

Tabla 4. Complicaciones, número de casos (n) y porcentaje (%).

Al considerar las complicaciones de las hernioplastías en las que se preservó el nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor], ninguna presentó hipoestesia, 12 presentaron dolor agudo postoperatorio (10 leve, 2 moderado), 1 dolor subagudo (leve), 1 dolor crónico (leve) (ver Tabla 5).

El tiempo de internación fue de 24 horas en 13 casos y de 48 horas en 9 casos (todos por dolor agudo postoperatorio). En 6 casos se produjo demora en la reincorporación al trabajo, estudio o actividades cotidianas a causa del dolor.

Al considerar las complicaciones de las hernioplastías en las que se seccionó el nervio ilioinguinal [nervio

abdominogenital menor], 6 presentaron hipoestesia transitoria (ningún caso de hipoestesia a los tres meses), 3 presentaron dolor agudo (2 leve, 1 moderado), 1 dolor subagudo (leve), ninguno dolor crónico (ver Tabla 6).

El tiempo de internación, fue de 24 horas en todos los casos. En ningún caso se produjo demora en la reincorporación al trabajo a causa del dolor.

Complicación	n	(%)
Hipoestesia	0	0
Dolor agudo	12	54.5
Dolor subagudo	1	4.5
Dolor crónico	1	4.5

Tabla 5. Complicaciones de las hernioplastías en las que se preserva el nervio ilioinguinal, número de casos (n) y porcentaje (%).

Complicación	n	(%)
Hipoestesia	6	30
Dolor agudo	3	15
Dolor subagudo	1	5
Dolor crónico	0	0

Tabla 6. Complicaciones de las hernioplastías en las que se escisiona el nervio ilioinguinal, número de casos (n) y porcentaje (%).

El valor de la prueba exacta de Fischer, al comparar el dolor agudo en las hernioplastías con escisión y en las hernioplastías con preservación del nervio ilioinguinal, fue de 0.010652. Con un grado de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05 no se acepta la hipótesis nula. La escisión del nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor] guarda relación con el dolor agudo (ver Tabla 7).

Complicación	Prueba exacta de Fisher
Hipoestesia	0.007389
Dolor agudo	0.010652
Dolor subagudo	1
Dolor crónico	1

Tabla 7. Resultados de la prueba exacta de Fisher: para el dolor y la hipoestesia en las hernioplastías con escisión y en las hernioplastías con preservación del nervio ilioinguinal. Grado de libertad de 1 y nivel de significancia de 0.05.

Discusión

Numerosos factores se han propuesto como causas de dolor inguinal postoperatorio: la experiencia del cirujano (11), la lesión de nervios inguinales (12) y la fijación de la malla (13). La hernioplastía sin tensión de Lichtenstein tiene menor posibilidad de ingunodinia al comparar con otras técnicas que no emplean prótesis (14, 15).

La hernioplastía con preservación del nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor], no presentó hipoestesia pero el dolor agudo postoperatorio se encontró en el 54.5% de los casos (ver Gráfico 1).

La hernioplastía con escisión del nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor], presentó 15% de

dolor agudo postoperatorio pero la hipoestesia se encontró en el 30% de los casos. Sin embargo, la hipoestesia fue transitoria en todos los casos sin superar el tercer mes postoperatorio.

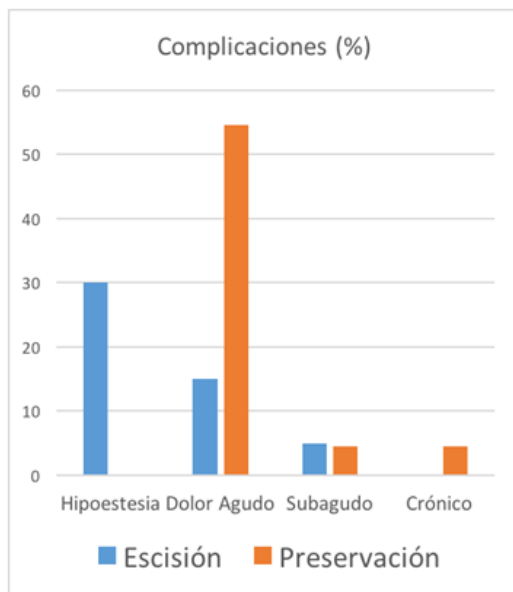


Gráfico 1. Comparación de complicaciones (%) en cada grupo.

No se encontraron diferencias significativas entre el dolor subagudo y el crónico al comparar ambos grupos. De todos modos, el menor dolor agudo postoperatorio de las hernioplastias con escisión del nervio ilioinguinal [nervio abdominogenital menor], redujo el tiempo de internación y de reincorporación al trabajo.

Existe controversia en lo que respecta a qué conducta tomar frente a los nervios inguinales durante la hernioplastia. La escisión del nervio ilioinguinal ha sido propuesta por Wantz como alternativa para reducir el dolor crónico postoperatorio (16, 17). Con la misma intención, Amid, desarrolla la triple neurectomía (18, 19). Condon y Nyhus han recomendado la ligadura de los nervios inguinales (20). También se ha sugerido que sean ligados o seccionados solamente cuando su curso interfiera con el emplazamiento de la malla (16). En contrapartida, en un estudio multicéntrico prospectivo, Alfieri señala que la identificación y preservación de los nervios inguinales reduce la posibilidad de padecer dolor postoperatorio (21). Hsu, por otro lado, en un meta-análisis de estudios prospectivos randomizados no encuentra diferencias a largo plazo al considerar el dolor o la hipoestesia (22).

Conclusiones

Los resultados obtenidos estimulan el diseño de un estudio experimental prospectivo, a doble ciego y randomizado con mayor número de casos.

Queda claro que el reconocimiento de los nervios inguinales resulta indispensable para reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias como el

dolor y la hipoestesia. La preservación o la escisión del nervio ilioinguinal, al igual que otros nervios de la región, resulta un tema controvertido con resultados disímiles entre los distintos trabajos de investigación. Existen diferencias a corto plazo en la hernioplastia con escisión del nervio ilioinguinal, con menor dolor agudo y mayor hipoestesia al compararla con la hernioplastia con preservación, reduciendo el tiempo de internación y de reincorporación al trabajo. A largo plazo, no se encontraron diferencias al considerar el dolor subagudo-crónico y la hipoestesia.

Bibliografía

- Poobalan AS et al (2003) A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. Clin J Pain 19:48-54
[\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12514456\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12514456)
- Bay-Nielsen M et al (2001) Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. Ann Surg 233:1-7
[\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1421158\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1421158)
- Mui WL et al (2006) Prophylactic ilioinguinal neurectomy in open inguinal hernia repair: a double-blind randomized controlled trial. Ann Surg 244:553-558
[\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16794386\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16794386)
- Sergio Alfieri MD et al (2006) Influence of preservation versus division of ilioinguinal, iliohypogastric, and genital nerves during open mesh herniorrhaphy. Ann Surg 243: 553-558
[\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448978\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448978)
- Diitrik GW et al (2004) Routine ilioinguinal nerve excision in inguinal hernia repairs. Am J Surg 188:736-740
[\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15619492\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15619492)
- Smeds S et al (2010) influence of nerve identification and the resection of nerves at risk on postoperative pain in open inguinal hernia repair. Hernia 14:265-270
[\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20145966\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20145966)
- Tsakayannis DE et al (2004) Elective neurectomy during open tension free inguinal hernia repair. Hernia 8:67-69
[\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14586777\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14586777)
- Crea N, Pata G (2010) Effects of prophylactic ilioinguinal nerve excision on mesh groin hernia repair: short and long term follow up of randomized clinical trial. Am Surg 76:1275-1281
[\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140698\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21140698)
- Malekpour F et al (2008) Ilioinguinal nerve excision in open mesh repair of inguinal hernia – results of a randomized clinical trial: simple solution for a difficult problem? Am J Surg 195:735-740
[\[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18440489\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18440489)
- Lichtenstein IL et al (1988) Cause and prevention of postherniorrhaphy neuralgia: a proposed

- protocol for treatment. *Am J Surg* 155:786-790
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3377120>]
11. Deysine M et al (1991) Inguinal herniorrhaphy. Reduced morbidity by service standarization. *Arch Surg* 126:628-630
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2021347>]
 12. Bower S et al (1996) Neuralgia after inguinal hernia repair. *Am Surg* 62:664-667
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8712565>]
 13. Heise CP et al (1998) Mesh inguinodynia: a new clinical síndrome after inguinal herniorrhaphy? *J Am Coll Surg* 187:514-518
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9809568>]
 14. EU Hernia Trialists Collaboration (2002) Repair of groin hernia with synthetic mesh: meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg* 235:322-332
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11882753>]
 15. EU Hernia Trialists Collaboration (2000) Mesh compared with non-mesh methods of open groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg* 87:854-859
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10931018>]
 16. Wantz GE (1993) Testicular atrophy and chronic residual neuralgia as risks of inguinal hernioplasty. *Surg Clin North Am* 73:571-581
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8497804>]
 17. Wantz GE (1984) Complications of inguinal hernia repair. *Surg Clin North Am* 64:287-298
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6729670>]
 18. Amid PK (2002) A 1-stage surgical treatment of postherniorrhaphy neuropathic pain: triple neurectomy and proximal end implantation without mobilization of the cord. *Arch Surg* 137:100-104
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11772226>]
 19. Amid PK (2004) Causes, prevention and surgical treatment of postherniorrhaphy neuropathic inguinodynia: triple neurectomy with proximal end implantation. *Hernia* 8:343-349
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15290609>]
 20. Condon RE, Nyhus LM (1971) Complications of groin hernia and of hernial repair. *Surg Clin North Am* 51:1325-1336
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5129911>]
 21. Alfieri S et al (2006) Influence of preservation versus division of ilioinguinal, iliohypogastric and genital nerves during open mesh herniorrhaphy: prospective multicentric study of chronic pain. *Ann Surg* 243:553-558
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16552209>]
 22. Hsu W et al (2012) Preservation versus division of ilioinguinal nerve on open mesh repair of inguinal hernia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg* 36:2311-2319
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22644622>]

Manejo de la diverticulitis de Meckel. Nuestra experiencia en 10 años.

Management of Meckel's diverticulitis. Our experience in a 10-year period.

Sergio Schlain MAAC, Walter Gargano MAAC, Hernan Santill MAAC, Rocio S Perez Dominguez, Ricardo De Simone MAAC.

Servicio de Cirugía General.
HIGA San Roque, Gonnet. La
Plata, Buenos Aires.

Los autores declaran no
tener conflicto de interés

E-mail:
rocioperezd@hotmail.com

RESUMEN

El divertículo de Meckel es una malformación del tracto gastrointestinal localizada en el intestino delgado a 40 – 60 cm de la válvula ileocecal. Las complicaciones son poco frecuentes, aunque puede presentarse como forma inflamatoria, perforación, hemorragia u obstrucción intestinal. Se presenta una serie de 15 casos de divertículo complicado en el adulto de entre 7 y 61 años. Las manifestaciones clínicas inespecíficas llevaron a que el diagnóstico sea intraoperatorio, con resolución quirúrgica y evolución satisfactoria.

■ **Palabras clave:** Divertículo de Meckel – diverticulitis - tratamiento

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is a malformation of the gastrointestinal tract located in the small intestine at 40-60 cm distance from the ileocecal valve. Complications are rare, although it can present many forms namely inflammatory form, perforation, hemorrhage or intestinal obstruction. A series of 15 cases of complicated diverticulum is presented in adults between 7 and 61 years old. The nonspecific clinical manifestations led to the diagnosis being intraoperative, with surgical resolution and satisfactory evolution.

■ **Key words:** Meckel's diverticulum – diverticulitis - treatment

Introducción

El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Se desarrolla en el intestino delgado, consecuencia de la falla en la obliteración del conducto vitelino durante el desarrollo embriológico localizándose en el borde antimesentérico del íleon distal, a unos 40 a 60 cms de la válvula ileocecal. Su longitud varía entre los 3 a 6cm, presentando en su mayoría, una boca ancha que suele alcanzar los 2 a 3 cms.¹

Presenta una incidencia del 2% de la población general. Las complicaciones son poco frecuente, menores al 4%, e incluyen la inflamación, la perforación, la hemorragia, la intususcepción, la obstrucción intestinal, y la transformación maligna. Algunas de ellas pueden obligar a su resección.

La mayoría de los pacientes son asintomáticos, aunque, aquellos que manifiestan síntomas suelen ser niños, de modo que el 30% de las complicaciones tiene lugar en el primer año de vida y el 40% antes

de los 10 años^{2,3}.

Material y métodos

Desde el año 2007 al 2017, en nuestra institución se presentaron 15 casos de divertículo de Meckel complicado. El rango de edad fue entre 7 y 61 años, 13 de sexo masculino y 2 femeninos. De ellos, 13 se interpretaron como apendicitis aguda y 2 como abdomen agudo obstructivo. La forma de presentación inicial fue como dolor abdominal, acompañado de náuseas y vómitos. En todos los casos se constató leucocitosis en el laboratorio, todos ellos con neutrofilia, con un valor que varió de los 12000 a 18000 glóbulos blancos, y niveles hidroaéreos de intestino delgado en la radiografía de abdomen de pie. Los 15 pacientes fueron de resolución quirúrgica.

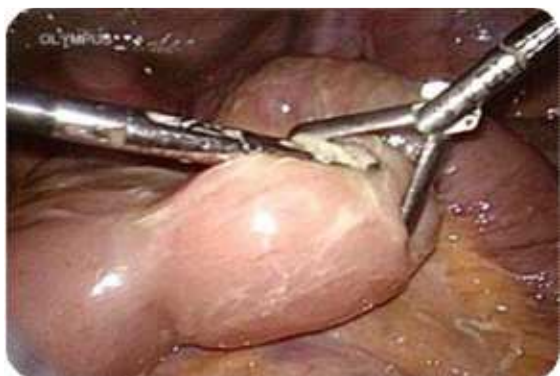
Tratamiento quirúrgico: Se realizaron 13 laparotomías y 2 laparoscopías. En 11 casos se llevó a cabo la diverticulectomía, y en 4 casos, donde la

base del divertículo era mayor a 2 cm y estaba afectada, se realizó resección y anastomosis de intestino delgado.

Discusión

El 60% de los pacientes con divertículo de Meckel que desarrollan síntomas son menores de 2 años de edad. No tiene prevalencia de sexo pero la incidencia de complicaciones es 3 a 4 veces mayor en varones. Las complicaciones asociadas con el divertículo de Meckel tienden a disminuir conforme avanza la edad.

En el adulto el divertículo de Meckel es habitualmente asintomático, asociado a baja tasa de complicaciones, y a la descripción de casos aislados o a series de bajo número. La presentación como diverticulitis supone un 10-20% de los casos, manifestándose habitualmente como abdomen agudo. La presentación clínica, las pruebas de laboratorio y el examen físico son inespecíficos y llevan a un diagnóstico preoperatorio menor al 10% de los casos⁵.



Conclusión

El diagnóstico preoperatorio de la diverticulitis de Meckel se ha estimado en menos del 10%, siendo la apendicitis aguda el diagnóstico de presunción habitual. Nuestra incidencia de divertículo de Meckel complicado en pacientes adultos resulta elevada en comparación con la bibliografía consultada en periodos de tiempo similares. Las manifestaciones clínicas inespecíficas llevaron a que el diagnóstico sea intraoperatorio, con resolución quirúrgica y evolución satisfactoria⁵.

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita poco común, siendo infrecuente la sintomatología en la población adulta. Por ello debe tenerse en cuenta la posibilidad de estar frente a este cuadro cuando hemos descartado procesos más comunes como la apendicitis aguda.

Bibliografía

1. YinluDing, Y. Z. Laparoscopic Management of Perforated Meckel's Diverticulum in Adults. *International Journal of Medical Sciences* 2012, 9(3):2243-24
2. Shilpi Singh Gupta, O. S. Loop formation of Meckel's diverticulum causing small bowel obstruction in adults: report of two cases. *Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2011, 17 (6): 567-569.
3. Fukushima, K. I. A Case series of Meckel's diverticulum: usefulness of double- ballon enteroscopy for diagnosis. *BMC Gastroenterology* 2014, 14:155.
4. Mendez Garcia, S. G. Surgical pathology associated with Meckel's diverticulum in a tertiary hospital: 12 year review. *Rev Esp Enferm Dig* 2011, Vol 103. N°5.
5. Jae Min Lee, D. J. Meckel's diverticulum detected by computed tomographic enterography: report of 3 cases and review of the literature. *Turk J Gastroenterol* 2014, 25: 212-5

Caso clínico

Bocio intratorácico con descenso posterior

Cerchiari Emilia, Rodríguez Gabriela, Bado Joaquín, Arévalo Carlitos

Clínica Quirúrgica 1
Prof. Dr. Fernando González
Servicio de Cirugía Dr.
Carlitos Arévalo
Hospital Pasteur, Facultad de
Medicina, Universidad de la
República.
Montevideo, Uruguay

Los autores declaran no
tener conflicto de interés

E-mail:
emilia.cerchiari@gmail.com

RESUMEN

El actual trabajo describe un caso inusual de bocio intratorácico. Se presentan los aspectos clínicos y diagnósticos así como su abordaje quirúrgico y evolución postoperatoria. Se repasa además el concepto de bocio intratorácico, detallando sus posibles orígenes y consideraciones terapéuticas.

■ **Palabras clave:** bocio intratorácico – compartimientos mediastinales – abordaje quirúrgico

ABSTRACT

The present article describes an unusual case of intrathoracic goiter. Its clinical and diagnostic aspects as well as its postoperative evolution are also discussed. A brief review of the concept, origins and therapeutic connotations is additionally made.

■ **Key words:** intrathoracic goiter – mediastinal compartments - surgical approach

Introducción

El bocio intratorácico es una entidad definida por criterios poco uniformes. Katlic lo define como aquel en donde al menos 50% de su masa se encuentra por debajo del opérculo torácico¹. La prevalencia de la patología en la población general corresponde al 2% y su principal etiología corresponde al bocio multinodular.

Los bocios intratorácicos pueden clasificarse como primarios, originados a partir de tejido tiroideo ectópico torácico que corresponden al 1% del total; secundarios, por extensión endotorácica de un bocio cervical (80-90%); o recidivados (10-20%), posteriores a una cirugía tiroidea previa². Todos ellos son asintomáticos en un porcentaje considerable de los casos.

Visto que en la mayoría de estos pacientes el bocio se origina a nivel cervical, encontrándose su pedículo vascular a este nivel, y que su descenso habitualmente es anterior, hacia la logia tímica, sólo en el 5% de los casos se requiere un abordaje torácico para su resección²⁻³⁻⁴.

Caso clínico

Corresponde a una mujer, de 47 años de edad, quien refiere antecedentes personales de patología articular en la infancia con secuelas deformantes en codos, manos, rodillas y pies, con hipoprecimiento corporal.

Consulta por cuadro de dolor torácico anterior de 5 meses de evolución, de tipo puntada, sin relación con los esfuerzos, moderadamente intenso, sin irradiaciones, con aumento progresivo en el tiempo y sin componente mecánico asociable. No refiere sintomatología cardiovascular o respiratoria como tampoco fiebre. No se evidencian signos físicos de síndrome mediastinal ni repercusión general.

Examen clínico. Lúcida, talla baja, eupneica, afebril, normohidratada y normoperfundida. Cuello: bocio grado III a expensas del lóbulo derecho. Sin adenomegalias palpables. Craqueo laríngeo abolido. Maniobra de Marañón negativa. Resto del examen físico normal.

Estudios de imágenes. Se solicitó Rx de tórax que evidenció opacidad homogénea de gran tamaño en mediastino superior asociada a desviación traqueal hacia la izquierda. Se completó estudio con tomografía computada de cuello y tórax que mostró a nivel mediastinal derecho una voluminosa tumoración que

desciende desde el cuello en continuidad con lóbulo tiroideo homolateral. La misma mide unos 10 cm de diámetro, presenta realce intenso, no homogéneo. Comprime y desplaza la tráquea a izquierda, contacta con la vena cava superior, extiende al mediastino posterior tomando contacto con el esófago; en sentido caudal desciende por debajo del cayado aórtico. No se observan alteraciones del parénquima pulmonar, derrame pleural ni pericárdico. No se observan adenomegalias mediastinales. (Fig. 1).

Pruebas de Laboratorio. Paraclínica humoral, incluyendo perfil de hormonas tiroideas, normal.

Estudio cito-patológico. El estudio citológico del material obtenido por punción-aspiración con aguja fina del nódulo a nivel cervical informo: nódulo tiroideo coloido-quístico, Bethesda II.

Del análisis preoperatorio surge la necesidad de un doble abordaje: cervicotomía transversa tipo Kocher, más toracotomía derecha alta, con intubación selectiva del pulmón izquierdo. Este último necesario para liberar el sector distal del lóbulo tiroideo derecho, cuyo descenso posterior por debajo del cayado aórtico, requiere ser liberado del contacto con la tráquea y esófago. (Fig. 2).

La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, y se le otorgó el alta al 10° día.

La anatomía patológica definitiva fue informada como adenoma folicular del lóbulo derecho tiroideo.

Discusión

La definición aportada por Katlic es una de las más aceptadas y útiles en términos de predecir la necesidad de una esternotomía, pero muchos otros autores aportan distintas definiciones; los múltiples criterios conllevan una disparidad en la documentación y por tanto en la incidencia de esta patología en las distintas revisiones, la cual varía entre el 0,2% y el 50%, e impiden determinar con exactitud su frecuencia.

La principal etiología del bocio intratorácico es el bocio multinodular (BMN) (51%), seguido del adenoma folicular, como en el caso presentado, y por último la tiroiditis crónica autoinmunitaria³. Los adenomas foliculares no son precursores de cáncer

excepto raras ocasiones. Si el origen del bocio endotorácico es un BMN cervical, la incidencia de malignidad es similar a la de éstos y varía entre un 3-6%; siendo mayor a medida que aumenta la edad del paciente³.

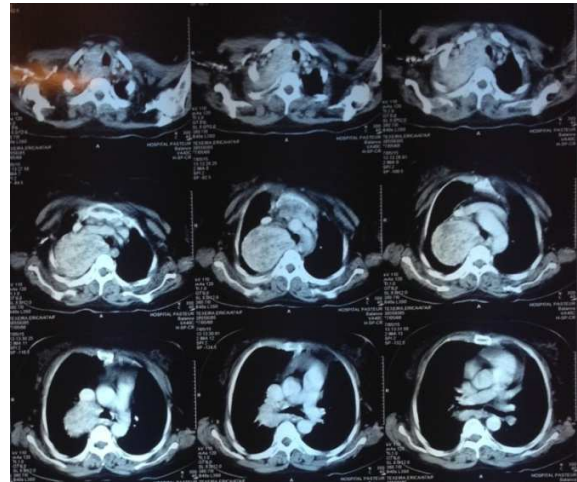


Figura 1: Tomografía computada de tórax. Se observa masa originada en lóbulo tiroideo derecho que ocupa mediastino posterior, desplaza la tráquea hacia la izquierda y desciende por debajo del cayado aórtico, por detrás de la vena cava inferior.

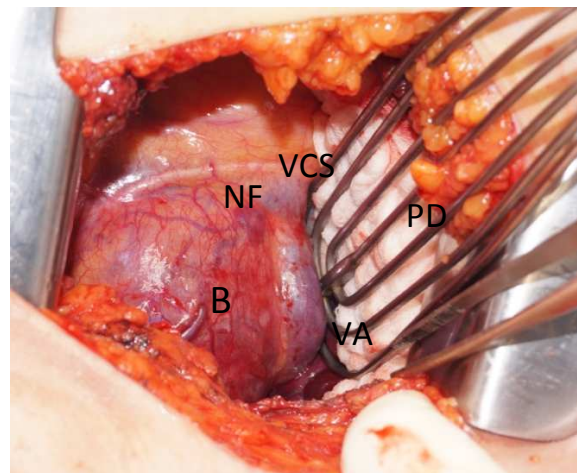


Figura 2: vista lateral de toracotomía derecha, previo a la resección del bocio intratorácico. El sector cefálico a la izquierda de la imagen. El pulmón derecho fue retraído hacia abajo previa intubación selectiva del pulmón izquierdo. B: bocio intratorácico. VA: vena ácigos. NF: nervio frénico derecho. VCS: vena cava superior. PD: pulmón derecho.

El máximo de interés en el estudio del descenso del bocio secundario, desde el punto de vista anatómico, radica en su topografía anterior o posterior, pues de ella derivan las consideraciones clínico-terapéuticas. Los bocios posteriores son más frecuentes a la derecha, mientras que los anteriores son algo más frecuentes a la izquierda.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico; existen indicaciones clásicas: bocios sintomáticos, con elementos clínicos compresivos, o estrechamiento traqueal evidente por imagenología, o presencia de cáncer⁵. Además, la cirugía es el único tratamiento definitivo, sabiendo que la tendencia natural del bocio es el crecimiento progresivo con las consecuentes alteraciones funcionales y complicaciones locales.

Sin embargo, en pacientes asintomáticos (30-40% de los casos), deberá valorarse el riesgo-beneficio, visto que con frecuencia se trata de pacientes añosos, con comorbilidades, y bocios grandes que dificultan la identificación de los nervios recurrentes y glándulas paratiroides, exponiendo a un riesgo significativo de complicaciones quirúrgicas^{2,6}.

El único tratamiento alternativo en pacientes no subsidiarios de cirugía y sin riesgo inminente de obstrucción de la vía aérea es el yodo radiactivo. Los tratamientos médicos con supresores de la función tiroidea, tienen un escaso efecto en disminuir el volumen de los bocios intratorácicos^{2,6}.

La tiroidectomía total es la técnica de elección, sobre todo en pacientes con una expectativa de vida mayor a 10 años, ya que las resecciones parciales asocian una recidiva del 12-20% a los 20 años.

No se ha demostrado una mayor morbilidad postquirúrgica entre los BMN intratorácicos y no intratorácicos.

De la bibliografía revisada se desprende que predicen la necesidad de un abordaje extracervical: bocios que alcanzan el cayado aórtico, asocian cáncer tiroideo, o aquellos cuyo componente retroesternal alcanza el espacio pleural derecho pasando detrás de la tráquea o el esófago, siendo la decisión definitiva intraoperatoria.

Bibliografía

1. Katlic M, Wang Chiu.an. Subesternal goiter. *Ann Thorac Surg*. 1985; 39:391-9.
2. Ríos A, Sitges-Serra A. Tratamiento quirúrgico del bocio intratorácico. *Cirugía Española*. 2012; 90 (7): 421-428.
3. De Aguiar-Quevedo, Cerón-Navarro. Bocio intratorácico. Revisión de la literatura médica. *Cirugía Española*. 2010; 88(3):142-145.
4. Arranz AO, Baena JA. Best approach for posterior mediastinal goiter removal: transcervical incision and lateral thoracotomy. *Arch Bronconeumol*. 2014; 50(6):255-257.
5. Suiffet. Bocios torácicos, consideraciones patológicas generales. *Cir. Uruguay*. 1981; 51(1):12-15.
6. Hardy RG, Bliss RD. Management of retrosternal goitres. *Ann Royal College of Surgeons of England*. 2009; 91:8-1

GIST de duodeno - Caso clínico y revisión de la literatura

Gist of duodeno. Case report and literature review

Chichizola, Agustín^{*}; Aispuro, Federico^{*}; Mercuri, Luciano^{*}; Darrigran Santiago^{*}; Marti Guillermo S^{*,**}; Canullan, Carlos M^{*,***}

*Servicio de Cirugía General, Instituto Medico Platense, La Plata, Argentina.
** Servicio de Cirugía General, Hospital Prof. Rodolfo Rossi, La Plata, Argentina.
***Director de la residencia de Cirugía General del Instituto Médico Platense, La Plata, Argentina.
Jefe de sala de Cirugía General, Hospital General de Agudos Cosme Argerich, CABA, Argentina.

Los autores declaran no tener conflicto de interés

E-mail:
cieugiampi@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los GIST duodenales, si bien son pocos frecuentes, representan un desafío en el abordaje quirúrgico, aunque en los últimos años, numerosos estudios demuestran que la resección local, en lugar de la duodenopancreatectomía, es el procedimiento ideal a realizar, con buenos resultados oncológicos, siempre y cuando el tamaño y la cercanía, sobre todo al páncreas, lo permitan.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de 51 años con un GIST de duodeno que debuta con un absceso hepático, su diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

Conclusión: La duodenopancreatectomía cefálica y la resección local en los GIST duodenales han demostrado similares resultados, por lo que esta última debería ser de elección siempre que sea técnicamente posible.

■ **Palabras clave:** GIST – duodeno - duodenopancreatectomía cefálica - resección local - imatinib.

ABSTRACT

Introduction:The duodenal GISTs are rare, they represent a challenge in the surgical approach, although in recent years, many studies have shown that local resection, in place of duodenopancreatectomy, is the ideal procedure to perform, with good oncological results, as long as the size and closeness, on all pancreas, allow.

Case report:The case of a 51 year old patient with a stomach ache with a liver accident, his diagnosis and surgical treatment is presented.

Conclusion: Cephalic duodenopancreatectomy and local resection in duodenal GISTs have shown similar results, so the latter should be of choice whenever technically possible.

■ **Key words:** GIST –duodenum – cephalic duodenopancreatectomy - local resection- imatinib.

Introducción

Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) representan de 1% a 3% de todas las neoplasias del tracto digestivo y son los tumores mesenquimatosos más comunes del tracto digestivo.¹⁻³ Son lesiones malignas, originada en las células intersticiales de Ramón y Cajal, son células fusiformes con receptores CD 117 (proteína c-kit), DOG 1, CD34 y Ki-67 positivos que pueden comportarse como patología de bajo, intermedio o alto riesgo.

Aunque los GIST pueden surgir en cualquier parte del tracto gastrointestinal, el estómago (50-60% de los casos) es el sitio más común, seguido por el intestino delgado (20-30%), y rara vez, el colon y recto (10%).^{4,5}

Los GIST duodenales se ubican más frecuentemente en la segunda porción, representan el 30% de las neoplasias duodenales primarias y pueden ser confundidos con tumores periampulares.⁶ Las

publicaciones referentes a esta enfermedad están basadas en serie de casos.

Para definir el grado de agresividad es fundamental considerar su tamaño e índice mitótico según la clasificación de Fletcher.⁷ (Tabla 1)

Independientemente del sitio anatómico, el manejo óptimo de los GIST es la resección quirúrgica con márgenes libres.^{5, 8} A diferencia de los carcinomas, los márgenes amplios con linfadenectomía extensa no parece ser necesario para los GIST, que generalmente se asocian con una propagación submucosa insignificante y la afectación linfática es poco frecuente.^{6, 8} Hay sólo unos pocos informes en la literatura que tratan de los procedimientos quirúrgicos para los GIST duodenales.⁹⁻¹⁰ Según la mayoría, la resección local para GIST duodenal puede ser considerada como una opción de tratamiento curativo siempre que sea técnicamente viable.⁸⁻¹² Sin embargo,

los GIST de la 2da porción duodenal representan un problema único en relación con las diversas técnicas quirúrgicas de resección local, debido a su ubicación anatómica y laceranía a la papila (Wirsung y la vía biliar)¹³

RIESGO	TAMAÑO	NUMERO DE MITOSIS
MUY BAJO	<2 cm	<5/50 HPF
BAJO	2-5 cm	<5/50 HPF
INTERMEDIO	<5 cm	6-10/50 HPF
	5-10 cm	<5/50 HPF
ALTO	>5 cm	>5/50 HPF
	>10 cm	Cualquier numero
	Cualquier tamaño	>10/50 HPF

Tabla 1. Clasificación de Fletcher. Abreviatura: HPF, campo de gran aumento

Un índice mitótico elevado (>5/50 HPF) y un tamaño > 5 cm son indicativos de alto riesgo.

Los GIST duodenales con mayor frecuencia involucran la segunda porción del duodeno, seguida de la tercera, cuarta y primera porción.¹⁴ La presentación clínica es muy variable según el tamaño y la existencia de ulceración mucosa, pudiendo ser asintomáticos y ser una hallazgo o presentar hemorragia gastrointestinal, anemia o dolor abdominal.^{14, 5, 8} Menos frecuentemente con dispepsia o vómitos por obstrucción.

Para los GIST del intestino anterior, la videoendoscopia alta puede ser diagnóstica si el tumor se encuentra en el estómago o duodeno superior.¹¹ Por otro lado, los GIST del duodeno distal pueden no ser detectados por este método. Las herramientas de diagnóstico incluyen la TC, la resonancia magnética, la tomografía de emisión de positrones-CT.^{15,16} Sin embargo, la TC parece ser la mejor modalidad de imagen para la evaluación de la lesión primaria y la detección de metástasis.¹⁷ En la TC, los GIST son hipervasculares y pueden tener componentes quísticos y necróticos. Los tumores pequeños típicamente aparecen como masas lisas con realce periférico moderado con la administración de contraste. Por el contrario, los grandes tumores tienden a tener ulceración de la mucosa, necrosis central y con cavitaciones heterogéneas con el contraste.^{15, 17} La avidéz del GIST por la fluoro-18-desoxiglucosa (FDG) hace de la tomografía por emisión de positrones (PET) con FDG un estudio ideal para diferenciarlo del leiomioma.¹⁸

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, 51 años de edad, derivada a nuestra institución por dolor en hipocondrio derecho de 2 días de evolución, leucocitosis y ecografía compatible con absceso hepático. Sin fiebre.

Datos positivos de laboratorio de ingreso: Hematíes: 3.700.000, HTO: 32%, Hb: 10.2 g%, GB: 14.000. Lactato 3, 7; FAL 427. TGO: 65; TGP 46.

Examen físico: Abdomen plano, blando, doloroso espontáneamente y a la palpación en hipocondrio derecho, sin reacción peritoneal. La paciente refiere dispepsia y falta de apetito.

Ecografía de ingreso: Se observa una imagen en segmentos 6-7, hipocogénica, heterogénea de 6cm de diámetro con tabiques en su interior. También se observan imágenes en segmento 6 y 2 compatibles con angiomas hepáticos. Conclusión: Absceso hepático posterior, tabicado.

Tomografía de ingreso (figura 1): Se observa en segmentos posteriores del lóbulo hepático derecho, absceso tabicado de 6cm de diámetro. En 2da porción duodenal, imagen parietal con necrosis central e imagen intraduodenal.

Se coloca drenaje percutáneo multipropósito de 12fr. Se extraen 50ml de material purulento que se remite a cultivo.



Figura 1: Absceso Hepático (Flecha corta negra) Imagen duodenal endoluminal (cabeza de flecha) tumoración con necrosis central (flecha larga negra)

Inicia tratamiento con ampicilina + sulbactam (AMS) 3gr cada 6hs. En los días subsiguientes, con 3 lavados diarios, continúa evacuando material purulento. (Cultivo: *Escherichia Coli* sensible a AMS)

Durante la internación se realiza video endoscopia alta (VEDA) y video colonoscopia (VCC) para confirmar imagen tomográfica y buscar probables causas del absceso hepático.

VEDA (Figura 2): En 2da porción duodenal, se observa lesión elevada de aspecto submucoso de aproximadamente 2cm con ulceración central. Se toman biopsias negativas para células neoplásicas
VCC: sin hallazgos de relevancia.

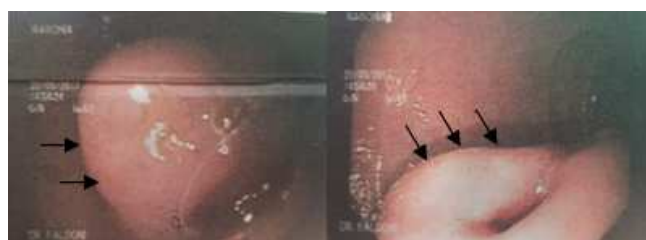


Figura 2. Imagen elevada de mucosa duodenal (flecha corta negra)

La paciente evoluciona favorablemente, sin dolor abdominal, con reducción franca del absceso por ecografía.

Se otorga el alta Hospitalaria al 8vo día post operatorio con drenaje percutáneo y antibióticos (ATB) (Sensibilidad: amoxicilina + ac. clavulánico).

Continúa control evolutivo por consultorio externo, donde se solicita ecoendoscopia.

Ecoendoscopia (Figura 3): Se observa en 2da porción duodenal formación ulcerada hipoeoica heterogénea con áreas anecoicas en su interior de 38mm de bordes lobulados localizada en capa muscular. Se realiza punción para biopsias las cuales son negativas para neoplasia. Imagen sugestiva de GIST duodenal con signos de transformación

A los 21 días PO se realiza ecografía y se retira drenaje percutáneo sin débito.

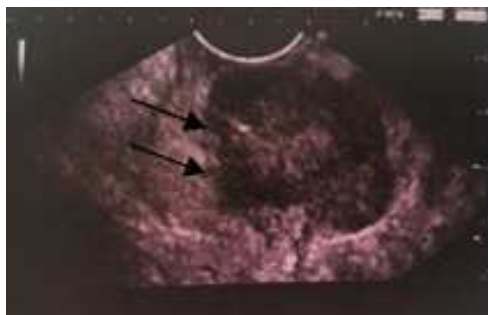


Figura 3. Formación ulcerada hipoeoica heterogénea con áreas anecoicas (flecha corta negra)

Se programa cirugía de tumor duodenal compatible con GIST con signos de transformación por imágenes, con biopsias previas negativas y marcadores tumorales Ca 19-9 y CEA negativos.

Durante la intervención, se identifica tumor en 2da porción duodenal, con pequeña infiltración del mesocolon trasverso, el cual se reseca parcialmente, sin margen de seguridad aceptable con el páncreas, por lo que se decide realizar duodenopancreatectomía cefálica (DPC) para asegurar un R0. (Figura 4)

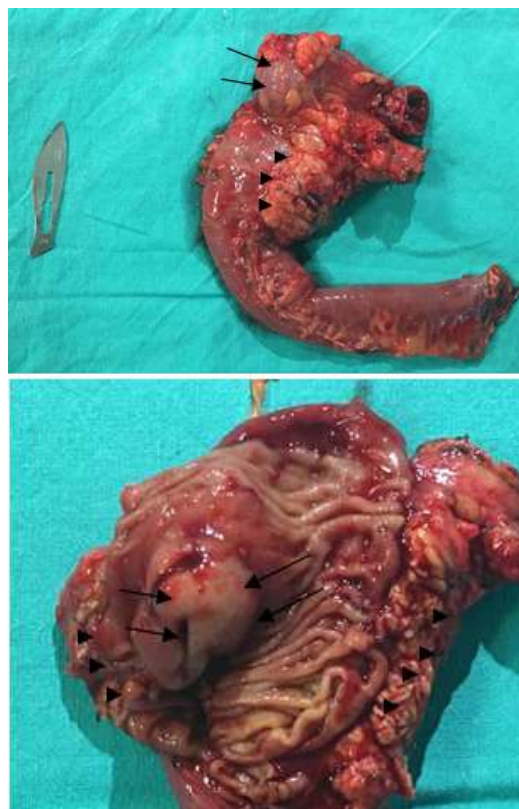


Figura 4. Formación duodenal (flecha corta negra), páncreas (cabeza de flecha)

La paciente cursa 72 hs en terapia intensiva con evolución favorable. Tutor del Wirsung con 100 ml/día. Pasa sala general e inicia nutrición enteral por sonda k-108.

4to día postoperatorio se evidencia fistula pancreática por los dos drenajes ofrecidos a la pancreato-yeyuno anastomosis con débito menor a 20ml/día. Tutor del Wirsung 200ml/día. Se retira drenaje ofrecido a la hepaticoyeyuno anastomosis, sin débito.

6to día sin cambios, sin dolor, inicia dieta líquida progresiva hasta dieta general en días sucesivos.

10mo día. Alta sanatorial.

17mo día POP. Ambos drenajes con 20ml/día se realiza cambio por drenajes de menor calibre (12 Fr) bajo control radiológico. Tutor del Wirsung 200 ml/día.

La fistula se agota a los 24 días del POP y se retiran los drenajes, a los 45 días se retira tutor del Wirsung.

Informe Biopsia

Tumor mesenquimático duodenal. Diámetro máximo 3cm. Sección quirúrgica por tejido sano.

No se aprecia atipia celular ni actividad mitótica. Fenotipo GIST, confirmado por inmunomarcación CD117 (positivo) y DOG-1 (positivo)

Diagnostico: Los caracteres morfológicos y el perfil inmunológico corresponden a un tumor estromal del tracto gastrointestinal (GIST).

Discusión

La resección quirúrgica con márgenes negativos sigue siendo el pilar del tratamiento más importante de los GIST duodenales.^{19,6} Debido a que los GIST rara vez demuestran infiltración perineural o linfovascular, no se indican márgenes de resección ni linfadenectomía regional extensa. La resección adecuada de los tumores que afectan al duodeno está limitada por un conjunto único de desafíos presentados por la complejidad anatómica de la región pancreatoduodenal.^{2,20} Estas relaciones anatómicas hacen que la resección de la segunda porción del duodeno sea especialmente difícil. Como resultado, la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) puede estar indicada dependiendo del tamaño del tumor, la localización y la afección de las estructuras circundantes para una extirpación completa y segura del tumor o si existe un alto riesgo de comportamiento clínico agresivo.²¹

Las resecciones locales laparoscópicas también han surgido como un enfoque alternativo a la resección quirúrgica de los GIST duodenales. Aunque no hay estudios que comparen directamente este enfoque con las resecciones abiertas, se han incluido resecciones laparoscópicas limitadas en algunas series pequeñas de casos de GIST duodenal y se han obtenido resultados oncológicos favorables.²²

Conclusión

Se puede lograr una excelente supervivencia sin recidiva y curación quirúrgica para los GIST duodenales mediante resección duodenal limitada completa con márgenes claros. Por lo tanto, varios métodos de resección local, dependiendo de la ubicación y el tamaño del tumor, deben considerarse como el tratamiento de elección para los GIST duodenales cuando sea técnicamente factible. Caso contrario o ante la duda de márgenes circunferenciales libres, está indicada la duodenopancreatectomía cefálica como la mejor opción.

Referencias

1. Johnston FM, Kneuert PJ, Cameron JL, et al. Presentation and management of gastrointestinal stromal tumors of the duodenum: a multi-institutional analysis. *Ann Surg Oncol* 2012;19:3351–60.
2. Yang F, Jin C, Du Z, et al. Duodenal gastrointestinal stromal tumor: clinicopathological characteristics, surgical outcomes, long term survival and predictors for adverse outcomes. *Am J Surg* 2013;206:360–7.
3. Dorcaratto D, Heneghan HM, Fiore B, et al. Segmental duodenal resection: indications, surgical techniques and postoperative outcomes. *J Gastrointest Surg* 2015;19:736–42.
4. Kwon SH, Cha HJ, Jung SW, Kim BC, Park JS, Jeong ID, et al. A gastrointestinal tumor of the duodenum masquerading as a pancreatic head tumor. *World J Gastroenterol*. 2007;13:3396–9.
5. Butt J, Rowley S, Byrne PJ, Reynolds JV. Management of gastrointestinal stromal tumours: a single-centre experience. *Ir J Med Sci*. 2007;176:157–60.
6. Miettinen M, Kopczynski J, Makhlof HR, et al. Gastrointestinal stromal tumors, intramural leiomyomas, and leiomyosarcomas in the duodenum: a clinicopathologic, immunohistochemical and molecular genetic study of 167 cases. *Am J Surg Pathol* 2003;27:625–41.
7. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol*. 2002;33:459–65.
8. Connolly EM, Gaffney E, Reynolds JV. Gastrointestinal stromal tumors. *Br J Surg*. 2003;90:1178–86.
9. Goh BK, Chow PK, Kesavan S, Yap WM, Wong WK. Outcome after surgical treatment of suspected gastrointestinal stromal tumors involving the duodenum: is limited resection appropriate? *J Surg Oncol*. 2008;97:388–91.
10. Hoepfner J, Kulemann B, Marjanovic G, Bronsert P, Hopt UT. Limited resection for duodenal gastrointestinal stromal tumors: surgical management and clinical outcome. *World J Gastrointest Surg*. 2013;5:16–21.
11. Yamashita S, Sakamoto Y, Saiura A, Yamamoto J, Kosuge T, Aoki T, et al. Pancreas-sparing duodenectomy for gastrointestinal stromal tumor. *Am J Surg*. 2014;207:578–83.
12. Chok AY, Koh YX, Ow MY, Allen JC Jr, Goh BK. A systematic review and meta-analysis comparing pancreaticoduodenectomy versus limited resection for duodenal gastrointestinal stromal tumors. *Ann Surg Oncol*. 2014;21:3429–38.
13. Yildirgan MI, Basoglu M, Atamanalp SS, Albayrak Y, Gürsan N, Onbas O. Duodenal stromal tumor: report of case. *Surg Today*. 2007;37:426–9.
14. Yang F, Jin C, Du Z, Subedi S, Jiang Y, Li J, et al. Duodenal gastrointestinal stromal tumor: clinicopathological characteristics, surgical

- outcomes, long term survival and predictors for adverse outcomes. *Am J Surg.* 2013;206:360–7.
15. Miettinen M, Kopczynski J, Makhlouf HR, Sarlomo-Rikala M, Gyorffy H, Burke A, et al. Gastrointestinal stromal tumors, intramural leiomyomas, and leiomyosarcoma in the duodenum: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 167 cases. *Am J Surg Pathol.* 2003;27:625–41.
 16. Uchida H, Sasaki A, Iwaki K, Tominaga M, Yada K, Iwashita Y, et al. An extramural gastrointestinal stromal tumor of the duodenum mimicking a pancreatic head tumor. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2005;12:324–7.
 17. Yoshikawa K, Shimada M, Kurita N, Sato H, Iwata T, Morimoto S, et al. The efficacy of PET-CT for predicting the malignant potential of gastrointestinal stromal tumors. *Surg Today.* 2013;43:1162–7.
 18. Lau S, Tam KF, Kam CK, Lui CY, Siu CW, Lam HS, et al. Imaging of gastrointestinal stromal tumour (GIST). *Clin Radiol.* 2004;59:487–98.
 19. Chok A, Koh Y, Ow MY, et al. A systematic review and meta-analysis comparing pancreaticoduodenectomy versus limited resection for duodenal gastrointestinal stromal tumors. *Ann Surg Oncol* 2014;21: 3429–38.
 20. Chung JC, Chu CW, Cho GS, et al. Management and outcome of gastrointestinal stromal tumors of the duodenum. *J Gastrointest Surg* 2010;14:880–3.
 21. Takahashi Y, Noguchi T, Takeno S, Uchida Y, Shimoda H, Yokoyama S. Gastrointestinal tumor of the duodenal ampulla: report of a case. *Surg Today.* 2001;31:722–6.
 22. Hoepfner J, Kulemann B, Marjanovic G, et al. Limited resection for duodenal gastrointestinal stromal tumors: surgical management and clinical outcome. *World J Gastrointest Surg* 2013;5:16–21.

CURSO ANUAL DE CIRUGIA GENERAL 2018

Inscripción y consultas: vía mail a sclp@hotmail.com.ar

Arancel: actividad no arancelada para socios de la SCLP. Alumnos de la carrera de Medicina pueden asistir en calidad de oyentes. No socios: Arancelado (consultar en sclp@hotmail.com.ar)

Modalidad: teórico-práctica con evaluación final (50 hs)

Días: 4to lunes de cada mes*. **Horario:** 19.00 hs a 22.00 hs

*excepto Julio y Noviembre

PROGRAMA

23-4: ABDOMEN AGUDO – TRAUMA

28-5: PAREDES ABDOMINALES

25-6: ESOFAGO Y ESTÓMAGO

30-7: HEPATOPANCREATOBILIAR

27-8: COLOPROCTOLOGÍA

24-9: CABEZA Y CUELLO

22-10: INTERVENCIONISMO

12-11: EXAMEN FINAL ESCRITO OPTATIVO, modalidad Multiple-Choice.**

Práctica: ejercitación laparoscópica en Endo-trainer.

**se premiará al mejor examen mediante una Beca para asistir al Congreso Anual de la Asociación Argentina de Cirugía 2018.

Requisitos para rendir el examen: cuota societaria al día. 75% de asistencia.

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA 2018

Fecha: Septiembre 2018

Lugar: Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP

Informes e inscripción: www.sociedadcirugialp.org

JORNADAS DE OTOÑO DE LA ACC – LA PLATA 2019

Fecha: Abril 2019

Lugar: Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP

Informes e inscripción: a partir de Septiembre 2018 – www.sociedadcirugialp.org

PREMIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE LA PLATA

Siendo el deseo de la Comisión Directiva de la Sociedad premiar la labor de sus asociados y a los efectos de estimular la tarea científica de los mismos y con el objeto de mantener e incrementar el nivel de sus presentaciones ha resuelto otorgar un Premio Anual al mejor trabajo científico que sea puesto a consideración para optar a dicho premio, el cual se regirá por la siguiente reglamentación:

REGLAMENTO DE PREMIO AL MEJOR TRABAJO CIENTÍFICO ANUAL

- Artículo 1°:** La Sociedad de Cirugía de La Plata premiará al mejor trabajo presentado para tal fin.
- Artículo 2°:** Quedan excluidos de acceder al premio todos aquellos trabajos en los que figuren como autores y/o coautores algún miembro titular o suplente de la Comisión Directiva en ejercicio.
- Artículo 3°:** El premio consistirá en Diploma para el autor y coautores del trabajo elegido.
- Artículo 4°:** La Comisión directiva elevará los trabajos presentados para optar al premio anual a un jurado a fin de su estudio y dictamen definitivo.
- Artículo 5°:** El Jurado para la otorgación del premio estará constituido por tres ex-presidentes de la Sociedad elegidos por la Comisión Directiva no pudiendo formar parte del mismo durante períodos consecutivos.
- Artículo 6°:** El dictamen del Jurado será inapelable.
- Artículo 7°:** Los trabajos deberán ser presentados aclarando que se optará a premio, leyéndose en la reunión científica respectiva un resumen del mismo que se ajustará a las normas vigentes.
- Artículo 8°:** El premio de cada año será entregado en la reunión inaugural de actividades del año siguiente al de la presentación del trabajo.
- Artículo 9°:** El premio podrá ser declarado desierto.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La Revista de la Sociedad de Cirugía de La Plata es el órgano de publicación científica oficial de la Sociedad de Cirugía de La Plata. Su frecuencia es semestral (Junio – Diciembre) y considerará para la publicación artículos relacionados con diversos aspectos de la cirugía. Éstos podrán versar sobre investigación clínica o experimental, conferencias, artículos originales, revisiones actualizadas, presentación de casos, cartas al Director y otras formas de publicación que resulten aceptadas por el Comité Editorial.

Las opiniones vertidas en los trabajos son de exclusiva responsabilidad de los autores. El Comité Editorial se reserva el derecho de efectuar correcciones gramaticales, de estilo y otras dependientes de las necesidades de impresión.

Los trabajos incompletos no serán aceptados para su revisión editorial.

Los trabajos aceptados para su publicación pueden ser objeto de un Comentario Editorial.

Acerca de cómo preparar un artículo, siga estrictamente las “Instrucciones para enviar un artículo”. Puede consultar la página web de la Sociedad de Cirugía de la Plata (www.sociedadcirugiap.org/revista/ Instrucciones para enviar un artículo) donde encontrará el detalle de las mismas. Si los artículos preparados por los autores no están de acuerdo con lo especificado en estas normativas, los editores de la Revista de la Sociedad de Cirugía de La Plata los devolverán para que se realicen los cambios pertinentes.

Diferentes artículos considerados para la publicación

Aclaración: el número total de palabras o cantidad de tablas o imágenes permitidas no es rígido, pudiendo contemplar trabajos que excedan minimamente los valores de referencia preestablecidos si es que lo requieren para favorecer el aporte científico del mismo.

Artículo original

Son informes científicos de los resultados de una investigación básica o clínica original. El texto está limitado a 2700 palabras, con un resumen en español y otro en inglés, cada uno de hasta 250 palabras, un máximo de 5 tablas y figuras (total), hasta 40 referencias bibliográficas y un máximo de 10 autores.

Comunicación breve

Es una investigación original. La introducción y la discusión son más breves que las de un artículo original. El texto está limitado a 1300 palabras, en español y otro en inglés, cada uno de hasta 150 palabras, un máximo de 3 tablas y/o figuras (total), hasta 15 citas bibliográficas y un máximo de 6 autores.

Artículo especial

Incluye datos y conclusiones personales; habitualmente están enfocados hacia áreas como política económica, ética, leyes o suministro de la atención de la salud. El texto está limitado a 2700 palabras, con un resumen en español y otro en inglés, de hasta 250 palabras cada uno, un máximo de 5 tablas y figuras (total) y hasta 40 referencias bibliográficas.

Casos clínicos (véase Cartas científicas)

Artículos de revisión

Los artículos de revisión usualmente son solicitados por los editores a autores reconocidos, tanto nacionales como extranjeros, pero tomaremos en consideración material no solicitado. Todos los artículos de revisión llevan el mismo proceso editorial y de arbitraje que los artículos de investigación originales. Podría ser escrito por diferentes especialidades médicas (no más de 3 autores), no específicamente especialistas en cirugía. Consiguientemente, pueden incluir material que podría considerarse de introducción para los especialistas del campo que se está cubriendo.

Conflicto de intereses: debido a que la esencia de los artículos de revisión es la selección e interpretación de la literatura, la Revista espera que los autores de dichos artículos no tengan asociación financiera con una compañía (o su competidor) responsable de algún producto que se discuta en el artículo.

A continuación se enumeran las distintas formas de “artículos de revisión”.

Práctica clínica

Los artículos incluidos en *Práctica clínica* son revisiones basadas en la evidencia de temas relevantes para los médicos prácticos, tanto para los de atención primaria o general como para especialistas. Los artículos en esta serie incluirán las siguientes secciones: contexto clínico, estrategias y evidencia, áreas de incertidumbre, guías de sociedades profesionales y recomendaciones de los autores. El texto está limitado a 2500 palabras y un pequeño número de figuras y tablas. Incluyen un resumen de no más de 150 palabras y el mismo resumen traducido al inglés.

Conceptos actuales

Los artículos de *Conceptos actuales* enfocan temas de clínica quirúrgica, incluidos aquellos correspondientes a áreas de las subespecialidades pero de amplio interés. El texto está limitado a 2500 palabras, con un máximo de 4 figuras y tablas (total) y hasta 50 referencias bibliográficas. Incluyen un resumen de no más de 150 palabras y el mismo resumen traducido al inglés.

Mecanismos de enfermedad

Los artículos incluidos en *Mecanismos de enfermedad* analizan el mecanismo celular y molecular de una enfermedad o categorías de enfermedades. El texto está limitado a 3000 palabras, con un máximo de 6 figuras y tablas (total) y hasta 80 referencias bibliográficas. Incluyen un resumen de no más de 150 palabras y el mismo resumen traducido al inglés.

Progresos médicos

Los artículos de esta sección proporcionan una revisión erudita, abarcadora de temas clínico-quirúrgicos y multidisciplinarios importantes, con el enfoque principal (pero no exclusivo) en el desarrollo durante los últimos cinco años. Cada artículo detalla cómo la percepción de una enfermedad o categoría de enfermedad, investigación diagnóstica o intervención terapéutica se han desarrollado en los años recientes. El texto está limitado a 3000 palabras, con un máximo de 6 figuras y tablas (total) y hasta 80 referencias bibliográficas. Incluyen un resumen de no más de 150 palabras y el mismo resumen traducido al inglés.

Otras admisiones para arbitrajes

Editoriales

Habitualmente proporcionan comentarios y análisis concernientes a un artículo del número de la Revista en el que aparece. Pueden incluir una figura o una tabla. Casi siempre se solicitan, aunque en forma muy ocasional podría considerarse un editorial no solicitado. Los editoriales están limitados a 1200 palabras con hasta 15 referencias bibliográficas.

Perspectivas

Habitualmente son solicitadas, pero estamos dispuestos a considerar propuestas no solicitadas. Perspectivas proporciona la base y el contexto para un artículo del Número de la Revista en la cual aparece. La sección se limita a 800 palabras y usualmente incluye una figura. No tiene citas de referencias bibliográficas.

Controversias

Siempre se solicitan. Se realiza un planteo o pregunta acerca de un problema médico relevante y dos autores, designados por el Comité Editor, realizan su defensa (agonista) o su crítica (antagonista).

Artículos de opinión

Son artículos de ensayo de opinión. Son similares a los editoriales, pero no están relacionados con ningún artículo particular del número. A menudo son opiniones sobre problemas de política de salud y, por lo general, no se solicitan. El texto está limitado a 2000 palabras.

Imágenes en cirugía

Presenta imágenes comunes y clásicas de distintos aspectos de la cirugía. Las imágenes visuales son una parte importante de lo mucho que nosotros hacemos y aprendemos en cirugía. Esta característica intenta capturar el sentido del descubrimiento y variedad visual que experimenta el cirujano.

Las imágenes en cirugía estarán firmadas por un máximo de tres autores.

Notas ocasionales

Son relatos de experiencias personales o descripciones de material más allá de las áreas usuales de investigación y análisis médico.

Revisión de libros

Por lo general se solicitan. Estamos dispuestos a considerar proposiciones para revisión de libros. Antes de enviar una revisión, por favor contactarse con la Oficina Editorial.

Carta de lectores

Es una opinión sobre un artículo publicado en el último número de la Revista. El texto tendrá como máximo 500 palabras y por lo general no llevará figuras ni tablas (a lo sumo una aprobada por el Comité Editor); no puede tener más de 5 referencias bibliográficas y será firmada por un máximo de 3 autores.

Carta científica

Se aceptarán casos clínicos que no excedan los 6 autores, las 1200 palabras, 2 figuras o tablas y 6 referencias bibliográficas en un formato llamado Carta Científica.

Técnica Quirúrgica

Esta sección incluye artículos sobre técnicas quirúrgicas novedosas. La técnica debe describirse lo más detalladamente posible, de modo que pueda ser reproducida y acompañarse con ilustraciones apropiadas. Se sugiere no utilizar fotografías intraoperatorias, sino dibujos. Estos últimos deberán ser de calidad profesional. Es necesario que la técnica haya sido practicada en varios casos y con buen resultado. Las intervenciones realizadas una sola vez no corresponden a esta sección, sino a Cartas Científicas. El texto estará limitado a 1500 palabras, con un máximo de 9 figuras y tablas (en total) y hasta 10 referencias bibliográficas. Deberá incluirse un resumen de no más de 150 palabras y el mismo resumen traducido al inglés.

Instrucciones para enviar un artículo

Instrucciones

Para preparar los artículos deben seguirse las instrucciones que se detallan más adelante y los requerimientos internacionales descriptos en los *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, redactados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors).

Duplicar una publicación - Publicación Secundaria Admisibles

No será aceptado un artículo que haya sido aceptado en otro medio y aún no haya sido publicado en el mismo. Es justificable la publicación secundaria de un mismo artículo en el mismo u otro idioma. Los autores deben dar indicación del sitio, de manera tal que el Comité Editor incorpore un aviso y el detalle del primer medio en el cual se publicó. Una nota al pie de la página de la segunda versión informará a los lectores, examinadores y agencias de referencia que el artículo se ha publicado previamente en su totalidad o en parte y debe citarse en forma completa.

Protección de la privacidad de los pacientes

No pueden publicarse descripciones, fotografías u otros detalles que contribuyan a identificar al paciente, a menos que esta información sea indispensable para la publicación, en cuyo caso el paciente o el padre o el tutor, en el caso de menores de edad, deben expresar su consentimiento por escrito.

Preparación del artículo

Los artículos originales estarán divididos en las siguientes secciones: introducción, material y métodos, resultados y discusión.

Los artículos más extensos pueden necesitar subtítulos en algunas de las secciones (resultados y discusión) con el fin de clarificar su contenido.

La publicación de casos, artículos de revisión, actualizaciones y editoriales no requieren este formato.

El manuscrito debe ser enviado en archivo de Microsoft Word®.

Las páginas deben numerarse consecutivamente, comenzando por el título, en la esquina superior derecha de cada página.

Las páginas serán de formato A4, incluido el texto de las figuras y las leyendas, en tanto que el tamaño de la letra utilizada debe ser cuerpo 12.

Título

1. Título del artículo, conciso pero informativo.
2. Dé al artículo un título que no exceda las 2 líneas de 50 caracteres cada una.
3. Nombre, inicial del segundo nombre y apellido de cada uno de los autores con su grado académico más alto, consignando si es MAAC (miembro titular de la Asociación Argentina de Cirugía) y la institución a la que pertenecen.
4. Nombre del departamento y de la institución a los que se les atribuye el trabajo.
5. Nombre y dirección de correo electrónico del autor a quien debe dirigirse la correspondencia acerca del artículo (*corresponding author*).
6. Nombre y dirección del autor a quien corresponde dirigirse para solicitar reimpresiones.
7. Fuentes de apoyo (donaciones, equipamiento, etc.).
8. En la página que lleva el título del trabajo incluya la cuenta del número de palabras solamente para el texto. Excluya título, resumen, referencias, tablas y leyendas de las figuras.

Autoría

Todas las personas designadas como autores deben estar calificadas para la autoría.

Cada autor deberá haber participado suficientemente en el trabajo para estar en condiciones de hacerse responsable públicamente de su contenido.

El mérito para la autoría debería estar basado solamente en contribuciones sólidas:

a) Concepción y diseño o análisis e interpretación de datos. b) Redacción del artículo o revisión crítica de su contenido intelectual.

c) Aprobación final de la revisión que ha de ser publicada.

Los miembros del grupo que no reúnen dichos criterios deberían figurar, si están de acuerdo, en los agradecimientos o en el apéndice.

Resumen y palabras clave

La segunda página debe contener un resumen número total máximo de 250 palabras de acuerdo al tipo de trabajo (ver más arriba).

El resumen debe informar los propósitos del estudio o la investigación, los procedimientos básicos (selección de personas o animales de laboratorio para el estudio, métodos de observación, analíticos y estadísticos), los principales hallazgos (datos específicos y su significación estadística si es posible) y las conclusiones principales. Debe enfatizar los aspectos importantes y nuevos del estudio u observación.

Al pie del resumen, los autores deben proporcionar o identificar 3 a 10 palabras clave que ayuden a indexar el artículo.

Resumen en inglés (abstract)

Debe ser traducción fiel del resumen en español y debe guardar los mismos lineamientos que este.

Texto

En los artículos originales se dividirá en secciones llamadas: a) Introducción, b) Material y métodos, c) Resultados y d) Discusión. La extensión del texto no podrá exceder las 2700 palabras. En ellas no se incluye el Resumen (máximo 250 palabras) y la bibliografía (máximo 40 referencias). En relación a otras modalidades de artículo (revisión, comunicación breve, caso clínico, etc.) ver las características más arriba.

Agradecimientos

Colocarlos en el apéndice del texto. Especificar:

1) Contribuciones que necesitan agradecimiento pero que no justifican autoría como respaldo general de la cátedra o del departamento.

2) Agradecimiento por el respaldo financiero y material; debería especificarse la naturaleza del respaldo.

Las personas que hayan contribuido intelectualmente al material pero cuya intervención no justifica la autoría pueden ser nombradas; también pueden describirse su función y su contribución. Por ejemplo: "consejero científico", "revisión crítica de los propósitos del estudio", "recolección de datos", o "participación en el trabajo clínico". Dichas personas deberán dar su consentimiento por escrito para ser nombradas.

Es responsabilidad de los autores obtener permisos escritos de las personas que se mencionan en los agradecimientos, porque los lectores pueden inferir su aprobación de los datos y las conclusiones. La leyenda técnica debe agradecerse en un párrafo aparte.

Bibliografía

Las citas deben numerarse en el orden en el cual se mencionan por primera vez en números arábigos entre corchetes en el texto, tablas y leyendas. Las citas bibliográficas no podrán ser más de 40 en los trabajos originales y hasta un máximo de 80 en los artículos de revisión.

El estilo se usará tal como se muestra en los ejemplos, los cuales están basados en los formatos usados por el IndexMedicus.

Los resúmenes como referencia deben evitarse y las referencias o material aceptado pero aún no publicado se designará "en prensa" o "en preparación", con los permisos correspondientes escritos para citar dicho material. La información proveniente de artículos que se han presentado pero que aún no se han aceptado se citan en el texto como "observaciones no publicadas" con permiso escrito de la fuente.

La bibliografía debe ser verificada y controlada en los artículos originales por los autores.

Ejemplos

▪ *Artículo*

Cuando los autores son más de seis (6), se citan los seis primeros (apellido seguido de las iniciales de los nombres) y se añade "et al."

Oria A, Cimmino D, Ocampo C, Silva W, Kohan G, Zandalazini H, Szelagowski C, Chiappetta L. Early endoscopic intervention versus early conservative management in patients with acute gallstone pancreatitis and biliopancreatic obstruction. *Ann Surg* 2007;245:10-17.

Si la publicación fuera en español se castellaniza "y col."

▪ *Capítulo de un libro*

Tisi PV, Shearman CP. Systemic consequences of reperfusion. In: Grace PA, Mathie RT, eds. Ischaemia-reperfusion injury. London: Blackwell Science; 1999:20-30.

- *Libro completo*

Courtney M. Townsend, Jr., MD, R. Daniel Beauchamp, MD, B. Mark Evers, MD and Kenneth L. Mattox, MD. Sabiston Textbook of Surgery, 19th Edition. Elsevier; 2012.

- *Artículo electrónico antes de la impresión*

4. Autores. Título. Revista.; [online]. Consultado el dd/mm/yyyy. Disponible en: website (website exacto o suficiente para guiar al lector al link).

- *Comunicación personal*

La “comunicación personal” debe evitarse a menos que tenga información esencial no disponible en otra fuente. El nombre de la persona y la fecha de la comunicación se citarán entre paréntesis en el texto. Los autores deben obtener permiso escrito y la confirmación de la veracidad de una comunicación personal

- *Software*

Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

- *Revistas Online*

Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. ObstetGynecol [serial online]. January 1988; 71:22-37. Disponible de: BRS Information Technologies, McLean, VA. Consultado el 15 de diciembre de 1990.

- *Bases de datos*

CANCERNET-PDQ [database online]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 1996. Consultada el 20 de enero de 2010.

- *WWW*

Helman A. Air pressure and Mount McKinley. En: http://www.cohp.org/ak/notes/pressure_altitude_simplified_II.html; consultado el 19/10/2009.

Tablas

Las tablas deben ser enviadas de manera que se puedan modificar a fin de poder darles el diseño de la Revista.

Las tablas se enumerarán consecutivamente en el orden en el que previamente fueron citadas en el texto y con un título breve para cada una. Colocar en cada columna un encabezamiento abreviado y las notas aclaratorias ubicarlas al pie de la tabla (no en los encabezamientos). Todas las abreviaturas de la tabla no estandarizadas deben explicarse al pie de la misma tabla.

Para las notas al pie, use los siguientes símbolos en esta secuencia: *, †, ‡, §, ¶, **, ††, ‡‡, etc.

Las medidas estadísticas como el desvío estándar y el error estándar del promedio deben identificarse. Asegúrese de que cada tabla fue citada en el texto. Si se utilizan datos provenientes de otra fuente (publicada o no), deben obtenerse el permiso y la fuente conocida en su totalidad.

No incluya líneas verticales en las tablas. Solo líneas horizontales, que sean estrictamente necesarias para comprender su contenido claramente.

El uso de demasiadas tablas en relación con la longitud del texto puede producir dificultades en la configuración de las páginas.

Se aceptarán 5 tablas y figuras (en total).

Figuras

Las “figuras” son: esquemas, dibujos, fotografías, microscopias, algoritmos, diagramas de flujo, etcétera.

Los números, letras y símbolos deben ser claros en todas las partes y su tamaño el adecuado para que todos los ítems sean legibles, aun luego de reducidos para publicar. Los títulos y las explicaciones detalladas se colocan en el texto de las leyendas y no en la ilustración misma.

Si se usan fotografías de personas: o bien la persona no debe identificarse o deberá contarse con el permiso escrito para usar la fotografía (véase Protección de la privacidad de los pacientes).

Si se envían fotografías de microscopia, debe consignarse la magnificación utilizada (p. ej. 40x, y el método de tinción). Asimismo, cada estructura que se describa debe estar claramente señalada con una flecha. Las figuras deben numerarse consecutivamente en el orden en que se han citado previamente en el texto. Si una figura ya se ha publicado debe figurar la aclaración de la fuente original y debe adjuntarse el permiso escrito para su publicación, excepto que se trate de documentos de dominio público.

Unidades de medidas

Las medidas de longitud, peso, altura y volumen deben figurar en unidades del sistema métrico decimal, la temperatura en grados Celcius (°C) y la presión arterial en mm de Hg (mm Hg), de acuerdo con las unidades y los símbolos utilizados por el Sistema Internacional de Medidas (*Système International d’Unités*)

Todas las mediciones clínicas, hematológicas y químicas deben expresarse en unidades del sistema métrico y/o UI.

Abreviaturas y símbolos

Usar solamente abreviaturas estandarizadas. No utilizar abreviaturas en el título ni en el resumen; cuando se utilizan en el texto, debe citarse la palabra completa antes de ser abreviada, a menos que se trate de una unidad estándar de medida.

Todos los valores numéricos deben estar acompañados de su unidad. Los decimales se separarán con coma. Los números de hasta 4 cifras se escribirán sin espacio, punto ni coma (por ejemplo: 1357, 6893 y 3356). A partir de 5 cifras, se dejará un espacio cada 3 cifras (por ejemplo: 24 689, 163 865 y 9 786 432). Los años se escribirán sin separación, puntos ni comas.

Envío del artículo

Por el momento, los autores deben enviar el artículo en formato .docx o .doc a la dirección de correo sclp.revista@gmail.com

Arbitraje (peer review)

El director de la Revista asigna cada trabajo para su lectura a alguno de los integrantes del Comité Editor, quien en un plazo muy breve debe devolverlo con la notificación de si su publicación es de interés.

Si la respuesta es afirmativa, el artículo, sin el nombre de los autores ni del/los centro/os, se envía a consideración por miembros actuales o ex miembros de la comisión directiva, quienes en un plazo máximo de 14 días deben realizar sus análisis y comentarios. El trabajo puede ser rechazado, aceptado con cambios mayores, aceptado con cambios menores o aprobado en su estado actual; si el artículo necesitara cambios, los comentarios serán enviados al autor responsable para la corrección por sus autores. Los comentarios escritos serán anónimos.

Los autores deberán enviar la versión corregida. Si es aceptada por estos o por el Comité Editor, sigue los pasos del proceso de publicación.

■ Recomendaciones		
Verifique que su artículo cumple con los siguientes requerimientos antes de enviarlo:		
Autores	Nombres completos de todos	Cotejar que no exceda el máximo permitido
Página inicial	Incluir el número de palabras del texto y el resumen	Cotejar que no exceda el máximo permitido
Texto completo en word	"Conciso e informativo"	No debe exceder las 2 líneas de 50 caract. c/u
Título en castellano		Cotejar que no exceda el máximo permitido
Título en inglés		Cotejar que no exceda el máximo permitido
Lugar de realización del trabajo		
Datos de contacto para publicar	Nombre y dirección de e-mail	
Datos de contacto (no se publica)	Teléfono celular	
Resumen en castellano	Debe contener: Antecedentes, Objetivos, Material y Métodos, Resultados, Conclusiones.	Cotejar que no exceda el máximo permitido
Resumen en inglés	Debe ser traducción fiel del resumen en español. Se sugiere que sea escrita o revisada por un nativo de habla inglesa o un profesional del idioma.	Cotejar que no exceda el máximo permitido
Palabras clave en castellano:		de 3 a 10
Palabras clave en inglés:	Se sugiere utilizar los términos del MeSH: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/	de 3 a 10
Figuras*	por separado en jpg y a 300 dpi *en caso de imágenes histológicas, incluir: técnica de tinción, magnificación utilizada y flechas identificando las estructuras de interés. * en caso de dibujos, éstos deben ser de calidad profesional. No deben ser extraídos de otras publicaciones propias o ajenas sin autorización del editor previo. * en caso de fotos donde se identifiquen pacientes deben expresar su consentimiento por escrito y en lo posible, evitar la posible identificación del paciente.	Cotejar que no exceda el máximo permitido
Tablas	En word (editables)	Cotejar que no exceda el máximo permitido
Epígrafes de las imágenes		
Referencias Bibliográficas	Por orden de aparición. Consultar el estilo en la sección "Instrucciones para autores".	Cotejar que no exceda el máximo permitido
Nota de los autores	Donde se declare que el artículo: -No se ha publicado anteriormente (revista ni libro), ni se encuentra en proceso de evaluación o publicación en otra Revista. Se acepta que haya sido publicado en forma de resumen/abstract de no más de 300 palabras. -Autorizan su publicación en esta Revista. -Conflictos de interés.	

*Guía de verificación de la Asociación Argentina de Cirugía

